

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE  
SUR LES  
**PRÉSENTATIONS FRONTALES**  
ET  
L'ACCOUCHEMENT PAR LE FRONT

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Mai 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**A. DEVARs**

Né à Fouillouse (Basses-Alpes), le 24 janvier 1856

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Lauréat de la Faculté de Médecine, Membre adjoint de la Société des Sciences médicales



LYON  
**IMPRIMERIE NOUVELLE**  
52, Rue Ferrandière, 52

—  
Mai 1885



ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE  
SUR LES  
**PRÉSENTATIONS FRONTALES**  
ET  
L'ACCOUCHEMENT PAR LE FRONT

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Mai 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**A. DEVARs**

Né à Fouillouse (Basses-Alpes), le 24 janvier 1856

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Lauréat de la Faculté de Médecine, Membre adjoint de la Société des Sciences médicales



LYON

**IMPRIMERIE NOUVELLE**

52, Rue Ferrandière, 52

—  
Mai 1885

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| MM. LORTET. . . . . | Doyen.        |
| BONDET. . . . .     | } ASSESSEURS. |
| CROLAS. . . . .     |               |
| MONOYER . . . . .   |               |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

## PROFESSEURS

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | } MM. LÉPINE.<br>BONDET.<br>OLLIER.<br>TRIPPIER (LÉON).<br>BOUCHACOURT.<br>GAYET.<br>GAILLETON.<br>PIERRET.<br>MONOYER.<br>GLÉNARD.<br>CAZENEUVE.<br>CAUVET.<br>LORTET.<br>PAULET.<br>RENAUT.<br>MORAT.<br>J. TEISSIER.<br>BERNE.<br>MAYET.<br>TRIPPIER (RAYMOND).<br>PONCET.<br>CHAUVEAU.<br>LACASSAGNE.<br>ROLLET.<br>SOULIER.<br>CROLAS. |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Physique médicale. . . . .                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Chimie minérale. . . . .                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Chimie organique et toxicologie. . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Zoologie et Anatomie comparée . . . . .                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Anatomie. . . . .                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Anatomie générale et histologie. . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Physiologie. . . . .                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pathologie interne. . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pathologie externe. . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médecine opératoire . . . . .                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médecine légale. . . . .                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hygiène . . . . .                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Thérapeutique . . . . .                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pharmacie . . . . .                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                |              |
|------------------------------------------------|--------------|
| Clinique médicale. . . . .                     | MM. RAMBAUD. |
| Cours complémentaire d'Accouchements . . . . . | DELORE.      |

## CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

|                                            |                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------|
| Clinique des Maladies des Femmes. . . . .  | MM. LAROYENNE, chargé du cours. |
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . . | PERROUD, chargé du cours.       |

## AGRÉGÉS

|            |              |            |           |                                            |
|------------|--------------|------------|-----------|--------------------------------------------|
| MM. BARD   | MM. DEBIERRE | MM. PERRET | MM. VINAY | CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ<br>M. CHARPY |
| BEAUVISAGE | LAURE        | POLLOSSON  | VINCENT   |                                            |
| BOUVERET   | LEVRAT       | POULLET    |           |                                            |
| CHANDELUX  | LINOSSIER    | SABATIER   |           |                                            |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BOUCHACOURT, président; M. LAROYENNE, assesseur; MM. POULLET et VINCENT, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SOEUR, A MON FRÈRE

A MON NEVEU

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR BOUCHACOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE, EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE  
L'HOSPICE DE LA CHARITÉ

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

## INTRODUCTION

---

Les variétés frontales des présentations, soit du sommet, soit de la face, ont été peu étudiées en France depuis M<sup>me</sup> Lachapelle ; la plupart de nos auteurs classiques actuels les considèrent comme éminemment transitoires et créant bien rarement des obstacles sérieux à la parturition. Leur étude a été reprise dans ces dernières années en divers pays étrangers, notamment en Allemagne et en Italie. Presque tous les auteurs qui s'en sont occupés les ont élevées à la hauteur d'une présentation, après avoir reconnu qu'elles persistent souvent telles jusqu'à la fin de l'accouchement, et que, assez souvent aussi, elles nécessitent des interventions graves telles que la céphalotripsie. Aussi leur pronostic a-t-il été en général moins benin que ne l'admettent nos accoucheurs français.

C'est à l'occasion de deux présentations de ce

genre, survenues en un court espace de temps, à la clinique d'accouchements, que notre maître, M. le professeur Bouchacourt, nous signala cette divergence d'opinions et nous suggéra l'idée de faire quelques recherches sur ce sujet.

Nous nous sommes mis immédiatement à l'œuvre, nous avons essayé de grouper et d'analyser les faits signalés d'accouchements par le front, et de tirer de cet ensemble une ligne de conduite pour le médecin accoucheur.

Malgré nos efforts, notre travail présentera beaucoup d'imperfections, nous ne nous le dissimulons pas, cela tient en grande partie au petit nombre de documents que nous avons à notre disposition. Aussi notre seul désir est-il d'éveiller l'attention sur un sujet négligé en France jusqu'à ce moment et qui mérite cependant d'être connu et étudié.

En entreprenant ce travail, nous nous sommes demandé de quelle façon nous devions l'envisager. Fallait-il, à l'exemple des auteurs étrangers, dont nous avons parlé, donner à ces cas le titre de présentation ? La crainte de jeter de la confusion dans la classification établie, nous a longtemps retenu. Nous l'avons fait cependant. Les cas recueillis dans ces derniers temps, d'accouchements par le front, s'élèvent déjà à un tel nombre, que nous n'avons pas cru devoir leur refuser ce titre.

Notre étude comprendra six chapitres, placés dans l'ordre suivant :

1° Aperçu historique de la question ;

2° Signes, fréquence et nature des présentations frontales ;

3° Mécanisme de l'accouchement par le front, et déformations de la tête fœtale dans cet accouchement ;

4° Etiologie ;

5° Diagnostic, pronostic et indications thérapeutiques ;

6° Observations et conclusions.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Bouchacourt, notre chef de service, qui nous a dirigé avec tant de bienveillance dans l'élaboration de notre thèse, et qui nous a témoigné durant tout le cours de nos études médicales les marques du plus vif intérêt.

Notre reconnaissance est également acquise à M. le D<sup>r</sup> Poulet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et à M. le D<sup>r</sup> Peillon, chef de clinique, pour les utiles conseils qu'ils n'ont cessé de nous donner pendant notre internat à la clinique d'accouchements.

Que M. Fochier, ex-chirurgien en chef de la Charité, veuille bien recevoir ici nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les observations de la maternité.

C'est avec un bien vif plaisir aussi, que nous remercions nos excellents amis, le D<sup>r</sup> Emile Blanc et nos collègues d'internat Roque et Cuhe, dont le concours dans ce travail nous a été si précieux.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553416\\_0027](https://archive.org/details/IA41553416_0027)

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE  
SUR LES  
PRÉSENTATIONS FRONTALES  
ET  
L'ACCOUCHEMENT PAR LE FRONT

---

CHAPITRE PREMIER

---

APERÇU HISTORIQUE

Jusqu'au xviii<sup>me</sup> siècle, les accoucheurs avaient cru que le travail n'était naturel que lorsque le fœtus venait au monde la tête la première, et encore n'avaient-ils pas songé à remarquer dans quelle situation était la tête au moment de son expulsion à travers les voies génitales. Ils ne paraissent avoir connu ni les diverses positions, ni les présentations. Le mécanisme de l'accouchement naturel était très simple à leurs yeux et tout leur savoir pouvait se résumer dans cette phrase d'Ambroise Paré : (1) « Or, pour qu'un accouchement soit bon, il faut que l'enfant vienne à terme et suive les eaux et qu'il sorte

(1) Amb. Paré. — *Edit. Malg.*, t. II, p. 743.

la tête la première, et en cela est requis grande force à la mère et à l'enfant. »

Guillemeau (1) avait cependant signalé, le premier en France, en 1609, une présentation de la face. Après avoir dit que la tête de l'enfant peut, dans la matrice, reposer sur son estomac ou sur son dos, il ajoute : « La tête étant ainsi tournée, il est impossible que la mère puisse accoucher, quelque effort que l'enfant puisse faire, poussant des pieds contre le fond de la matrice. » Il conseille dans ce cas de repousser le corps de l'enfant avec la main.

Il faut arriver jusqu'à Moriceau, en 1740 (2), pour trouver une première mention de présentation du front. Moriceau cite des faits dans lesquels les enfants seraient venus « la face en dessus et le front en devant » chez lesquels, il réussit à redresser la tête avec la main.

A partir de Moriceau, la situation, non seulement de la tête mais du fœtus tout entier à travers la filière pelvienne, paraît être un des sujets les plus particulièrement étudiés de l'obstétrique. A. Petit consacre le mot de position. Les observations se multiplient avec Lamotte, Smellie, Levret, Solayrès et Baudelocque et, avec les observations, les classifications.

M<sup>me</sup> Boivin, dans son *Mémorial de l'art des accouchements*, en 1836, put admettre jusqu'à vingt-quatre positions différentes pour la tête seule et, chose

(1) Guillemeau. — *Œuvres : livre de la génération*.

(2) Moriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses* (1740).

singulière ! dans cette vaste nomenclature, elle ne parle pas de présentations du front.

Quelques années auparavant, M<sup>me</sup> Lachapelle (1) avait donné les bases de sa grande classification, véritable chef-d'œuvre, auquel les accoucheurs qui sont venus après elle n'ont presque plus rien pu ajouter, ni changer. A côté des grandes espèces qu'elle appelle cardinales ou franches, l'illustre sage-femme ne négligea pas les variétés ou positions intermédiaires et, dans celles-ci, elle fit une large part aux positions frontales. Elle en parle à plusieurs reprises dans ses divers mémoires et en cite douze observations qu'elle a pu recueillir dans le cours de sa pratique obstétricale. Elle montre la possibilité de l'accouchement par le front et fait ressortir sa gravité. Dans le cours de ce travail, nous aurons plus d'une fois à rappeler l'opinion de la célèbre accoucheuse de la maternité de Paris.

Les présentations frontales n'avaient pas non plus entièrement échappé à Baudelocque (2) qui parle d'une très bonne observation de Levret à ce sujet et reproche à ce maître de n'en avoir pas su expliquer le mécanisme ni la cause. Pour lui, cette déflexion de la tête, que Levret attribuait à un arrêt des épaules au-dessus du promontoire, tenait à une obliquité de l'utérus ; aussi, devine-t-on à l'avance le traitement qu'il préconisait dans ces cas : le redressement de l'utérus et cela même au moment de l'accouchement.

Après M<sup>me</sup> Lachapelle, les présentations frontales

(1) M<sup>me</sup> Lachapelle. — *Pratique des accouchements* (1824).

(2) Baudelocque. — *Art des accouchements* (1815).

semblent ne plus fixer l'attention des accoucheurs français, qui se contentent de les mentionner dans leurs ouvrages comme des variétés de présentation de la face ou de l'occiput, sans leur attribuer une bien grande importance, ni leur reconnaître beaucoup de gravité. Nous devons cependant citer plus particulièrement Chailly Honoré (1), qui s'attacha à démontrer la possibilité de l'engagement par le front au détroit supérieur. Les accoucheurs allemands paraissent, au contraire, les avoir toujours regardées en général comme défavorables. Schroöder (2) entre autres, dit qu'elles sont d'un pronostic fâcheux pour l'enfant.

Dans ces dernières années, la question a été reprise en plusieurs pays étrangers. Ahlfeld, dans un travail publié à Leipsig en 1873, sépare les présentations du front de celles de la face ou du vertex, dont elles avaient été jusqu'alors considérées comme une simple variété, et étudie surtout leurs causes et leur pronostic. Il avait été précédé en Allemagne par Hecher, Späth et Helly. Il est suivi par Fritsh.

En Italie, Mangiagalli (3) publie, en 1880, une importante monographie sur ce sujet. Il mentionne les écrits des auteurs que nous venons de citer et, à leurs observations et à celles de M<sup>me</sup> Lachapelle, il ajoute 17 cas nouveaux, observés presque tous à la Maternité de Milan. Il arrive ainsi au chiffre de 64 accou-

(1) Chailly Honoré — *Traité pratique de l'art des accouchements*.

(2) Schroöder. — *Traité d'accouchement*, traduct. Charpentier.

(3) Mangiagalli. — Il parto per il fronte *Annali di ostetricia* (nov.-déc. 1880).

chements par le front. Chiarleoni (1), dans un mémoire qui fut publié l'année suivante, s'occupe surtout de la gravité de ces présentations et conclut que l'accouchement dans ces cas est aussi grave que par le plan latéral du tronc, quand le travail est abandonné aux seules forces de la nature. Un an plus tard, Negri (2), après avoir rappelé la discussion qui eut lieu en Italie sur ce sujet, montre comme quoi l'accouchement par le front doit être élevé à la hauteur d'une présentation.

Citons enfin deux travaux relativement récents, l'un de Heinricius (3), publié à Helsingfors en 1883; l'autre, de Belluzzi, paru à Bologne (Italie) en 1884. Dans le premier, l'auteur aurait fait une étude assez complète de la question; il est parvenu à réunir 207 observations; malheureusement nous n'avons pu connaître ce travail, écrit en langue suédoise, que par une analyse donnée par les *Archives de tocologie* (numéro d'août 1884). Dans l'autre, Belluzzi (4) apporte 5 observations nouvelles tirées de sa propre pratique dont une nécessita la crâniotomie. Il s'occupe avec un soin tout particulier de la déformation que subit la tête dans cet accouchement.

En France, nous n'avons trouvé aucun travail

(1) Chiarleoni. — Distocia meccanica foetale per presentazione del fronte. *Annali di ost.* (1881.)

(2) Negri. — Qualche considerazioni intorno al parto per il fronte. *Annali di ost.* (1882.)

(3) Heinricius. — Om. — *Pannlagen och Pannforlossningar.* — Akademick Aphandling.

(4) Belluzzi. — Contributo allo studio del parto per la fronte, *Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.* — Série VI, t. VI.

spécial sur la question ; nos classiques actuels en parlent à peine. Tarnier ne fait que signaler la possibilité d'un mouvement de déflexion qui amènerait la tête à s'engager par le front. Il regarde comme possible l'expulsion avec le front le premier et, à cette occasion, il cite l'observation de la thèse de Budin (1), que nous rapportons à la fin de ce mémoire, et dit que c'est une anomalie qui mérite d'être étudiée comme cause de dystocie.

Charpentier est plus bref encore, il signale le travail d'Ahlfeld, donne en un résumé les causes que l'auteur allemand a reconnues aux présentations frontales (dénomination impropre, selon lui), mais il ne dit rien au sujet des indications ni du pronostic de ces présentations. Même silence dans presque tous les autres auteurs classiques que nous avons pu consulter.

M. le professeur Stoltz, qui a bien voulu nous adresser une note à ce sujet, adopte en partie les idées de M<sup>me</sup> Lachapelle, et regarde la présentation du front comme une variété inclinée de la présentation de la face, et, avec Nægelé, il pense que les présentations du front ne sont en général que transitaires ou intermédiaires, et finissent par se transformer en présentation de la face ou en présentation crânienne.

Telles sont, en résumé, les phases par lesquelles a passé la question qui nous occupe ; nous voyons

(1) Budin. — *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.* (Paris, 1876.)

qu'après avoir fixé l'attention des accoucheurs du commencement de ce siècle, elle a presque complètement été passée sous silence en France par ceux qui sont venus dans la suite, et ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a été en divers pays étrangers l'objet de nouvelles études.



## CHAPITRE II

---

### SIGNES, FRÉQUENCE ET NATURE DES PRÉSENTATIONS FRONTALES

Après ce court aperçu historique, nous allons indiquer les signes, la fréquence et la nature des présentations frontales.

Les signes, nous le disons tout de suite, sont fournis surtout par le *toucher vaginal*. Dans les présentations frontales, la tête subit un commencement de déflexion et s'engage au détroit supérieur en mettant son diamètre occipito-frontal dans la direction d'un des diamètres obliques ou du diamètre transversé du bassin.

Si donc, nous pratiquons le toucher au moment où ce moyen d'investigation est surtout favorable, c'est-à-dire lorsque le col est suffisamment dilaté et que la poche des eaux est peu volumineuse ou lorsqu'elle vient de se rompre, nous constatons dans l'excavation une tumeur dure, arrondie, formée par le

frontal et les pariétaux. En l'explorant avec soin, on ne tarde pas à reconnaître à sa surface une partie molle dépressible, de forme quadrangulaire, qui correspond à peu près au centre de l'excavation et qui n'est autre que la fontanelle antérieure. Quatre sutures y aboutissent à angle droit ; sa forme permettra de la distinguer nettement de la fontanelle postérieure qui est triangulaire et la plupart du temps effacée. C'est elle qui est le signe, en quelque sorte caractéristique, de la présentation frontale.

En la prenant pour centre, et en continuant l'exploration sur les parties périphériques dans la direction du diamètre transverse ou de l'un des diamètres obliques du bassin, nous trouvons d'un côté la suture médio-frontale, séparant deux saillies osseuses, les bosses frontales, toujours du même côté, mais plus loin encore, la racine du nez, les arcades sourcilières et quelquefois même la saillie formée par les globules oculaires. Du côté opposé, la suture sagittale plus ou moins oblique en haut. La petite fontanelle est généralement inaccessible, cependant, comme la tête ne présente pas le même degré de déflexion, dans tous les cas, on peut quelquefois l'atteindre et Budin, dans l'observation de présentation frontale qu'il relate dans sa thèse, dit qu'il put, dans un premier toucher, arriver jusqu'à la pointe de l'occiput, mais avec peine. Un des caractères de ces présentations, c'est de se maintenir pendant longtemps élevées.

Dans cette exploration devons-nous nous mettre en garde contre deux causes d'erreur : la première est l'inclinaison de la tête en avant, qui amène au cen-

tre de l'excavation non pas le haut du front, mais une bosse frontale et la région pariétale voisine. La fontanelle antérieure se trouve remontée en arrière, il faut alors, pour la sentir, porter le doigt plus loin et contourner une portion de la surface du crâne ; la deuxième est la bosse séro-sanguine qui, à cause de la lenteur habituelle du travail dans ces cas, est quelquefois très développée et peut masquer en partie la grande fontanelle ; c'est ici qu'il faut se rappeler le précepte de Tarnier et explorer la tête sur le pourtour de la paroi interne du bassin, là où la bosse sanguine ne s'est pas formée.

La position, dans les présentations frontales, sera donnée par la direction de la suture sagittale, de la suture médio-frontale et la situation par rapport au détroit supérieur des parties inférieures du front, la racine du nez et les arcades orbitaires.

Quant aux deux autres grands moyens d'investigation que possède l'accoucheur à la recherche d'une présentation : le *palper abdominal* et l'*auscultation*, nous ne pensons pas qu'ils puissent être d'un bien grand secours pour le diagnostic des présentations frontales. Ces présentations tenant, à ce double point de vue, le milieu entre les présentations du sommet et celles de la face, n'offrent pas de caractères nettement tranchés. On ne doit pas cependant les négliger. Le palper nous permettra tout au moins de reconnaître la présence de la tête dans l'excavation et quelquefois même, si les parois abdominales sont assez souples, la saillie plus ou moins prononcée du menton écarté de la paroi thoracique d'un côté, et, de l'autre, la forme

régulièrement arrondie de l'occiput, cette dernière moins accusée toutefois que dans les présentations de la face. L'auscultation viendra confirmer le diagnostic de la position. Mais n'oublions pas qu'une présentation frontale ne pourra être reconnue et affirmée que par le toucher.

Les présentations frontales sont-elles fréquentes ? Quand on étudie ce qui a été écrit sur les présentations de la face, il semblerait que les présentations frontales dussent se rencontrer assez souvent. En effet, la plupart des auteurs, à l'exemple de P. Dubois, admettent que dans les présentations de la face, la présentation du front en plein, au détroit supérieur, est de beaucoup la plus fréquente. Elle précéderait presque toujours la présentation franche ; cependant, si nous consultons les auteurs qui, dans ces dernières années, se sont occupés des présentations du front, nous voyons qu'elles sont relativement rares.

Heinricius, à la Maternité d'Helsingfors, n'a trouvé sur 5,000 accouchements que 12 cas de présentations frontales, y compris les cas où les présentations du front se sont transformées en présentations de la face ou du sommet, les cas dans lesquels on a pratiqué la craniotomie ou la version, et les cas qui se sont terminés en présentation du front.

Mangiagalli a réuni 64 observations d'accouchements par le front, dont 17 survenus pour la plupart à l'Institut obstétrical de Milan dans l'espace de 5 ans ; mais cet accoucheur ne dit pas sur quel chiffre d'accouchements ce nombre a été prélevé. Belluzzi a rencontré 5 cas d'accouchements par le front dans sa longue pratique obstétricale à Bologne.

Nous avons nous-même fait un relevé des présentations frontales signalées à la clinique d'accouchements de Lyon, pendant 5 années consécutives, de 1880 à 1884 inclusivement, nous n'avons trouvé que 6 cas de présentations du front sur 1,402 accouchements, tandis que sur le même nombre d'accouchements, nous trouvons 7 cas de présentations de la face. Le nombre de nos présentations frontales est évidemment au-dessous de la vérité, car il est à croire que si le toucher avait été, dans beaucoup de cas pratiqué de meilleure heure, le doigt aurait pu rencontrer dans l'excavation le front au lieu de la face toute entière, et le nombre des présentations du front aurait augmenté au détriment de celui des présentations de la face.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à discuter si les présentations frontales sont des présentations primitives ou secondaires. Nous ferons simplement remarquer que pour M<sup>me</sup> Lachapelle elles étaient toujours primitives. Voici comment elle s'exprime à ce sujet dans son troisième mémoire : « Quant aux positions frontales, elles sont toujours primitives : jamais je ne sache une présentation franche s'être transformée en frontale. Elles ont aussi deux temps de plus dans leur mécanisme que les présentations franches de la face : celui de la disposition et celui d'extension graduelle. »

Nous croyons cette opinion beaucoup trop exclusive et nous pensons que comme les présentations de la face, dont elles ont été regardées en général comme le premier degré, elles peuvent être tantôt primitives,

tantôt secondaires. Dans notre observation VI, nous trouvons une présentation franche de la face qui s'est transformée en frontale ; il est vrai que la tête était déjà descendue dans l'excavation et que le bassin présentait une déformation osseuse, une exostose sur l'épine sciatique droite. D'ailleurs, M<sup>me</sup> Lachapelle admet elle-même que les présentations du front peuvent être le résultat d'une présentation du vertex qui aurait subi une déviation dans son évolution. Elle cite (1) l'observation d'une femme enceinte pour la deuxième fois chez laquelle on avait, dès les premiers instants, senti le vertex dans la cinquième position. Peu à peu, on s'aperçut que la fontanelle antérieure se rapprochait du centre du détroit supérieur. Le front finit même par s'y présenter en entier et la fontanelle postérieure par s'élever et devenir inaccessible. On fut obligé d'appliquer le forceps, la tête n'avancant pas et le front étant toujours la partie la plus basse. Par conséquent, si les présentations frontales peuvent être primitives elles ne le sont pas toujours, et lorsqu'elles sont le résultat du travail, elles peuvent se produire soit au détroit supérieur, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou bien dans l'excavation et quelquefois même au détroit inférieur.

Nous avons dit, au début de cette étude, que les présentations du front pouvaient se transformer en présentation de la face ou du sommet, ou bien encore rester telles jusqu'à la fin de l'accouchement. Ce serait ici le lieu d'indiquer dans quelle proportion

(1) M<sup>me</sup> Lachapelle. *Troisième Mémoire*, p. 445.

cette transformation a lieu ; malheureusement, les statistiques nous font un peu défaut. Nous n'avons guère à notre disposition que les chiffres publiés par Heinricius. Voici, d'après cet auteur, dans quelles proportions ces mutations se sont effectuées :

Sur les 207 cas qu'il a pu réunir il a eu :

|                                                                                       |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Transformation en face, soit spontanément, soit par le forceps .....                  | 23 fois |
| Transformation en sommet, soit spontanément, soit par le forceps .....                | 24 —    |
| L'accouchement resta en présentation frontale pendant toute la durée du travail ..... | 84 —    |

Dans tous les autres cas, il y eut soit transformation manuelle, soit version podalique, soit craniotomie. Sur nos 8 observations, deux fois seulement l'accouchement s'est terminé spontanément en présentation frontale, une seule fois il y eut transformation spontanée en présentation occipitale, et dans les 5 autres cas, où l'on intervint par le forceps, l'instrument a amené l'occiput 4 fois ; et une fois l'accouchement s'est terminé par le front.

Sur les 5 observations de Belluzzi :

|                                                                     |        |
|---------------------------------------------------------------------|--------|
| La présentation resta frontale jusqu'au moment de l'expulsion ..... | 2 fois |
| Le forceps amena l'enfant en présentation du front .....            | 1 —    |
| Le forceps amena l'enfant en présentation de la face .....          | 1 —    |
| Craniotomie .....                                                   | 1 —    |

On voit donc par ces quelques chiffres que les présentations du front se transforment presque en égal

nombre, en présentation de la face ou en présentation du sommet, mais qu'un très grand nombre se terminent en présentation frontale et ces dernières, dans la statistique de Heinricius, s'élèvent à plus du tiers. Ce sont ces dernières seules qui constituent véritablement l'accouchement par le front ; aussi, allons-nous laisser un instant de côté les présentations qui subissent une transformation, pour suivre le mécanisme par lequel s'effectuent la descente et le dégagement dans l'accouchement par le front proprement dit.

---

## CHAPITRE III

---

### MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE FRONT ET DÉFORMATION DE LA TÊTE FŒTALE DANS CET ACCOUCHEMENT

Le mécanisme de l'accouchement par le front a été indiqué d'une façon assez complète par les divers accoucheurs étrangers que nous avons cités : Schroöder, Ahlfeld, Nægelé, Mangiagalli, Chiarleoni et Negri ; chez nous, Budin l'a suivi très attentivement dans l'observation LXVII de sa thèse inaugurale. Voici la remarque qu'il fait à ce sujet : « Pendant l'expulsion, le mécanisme n'a été ni celui de l'accouchement par le sommet, ni celui de l'accouchement par la face : ni l'occiput, ni le menton n'ayant rempli le rôle capital qu'ils jouent dans ces présentations, » et il dit que si ce n'était la crainte d'établir des subdivisions, on n'hésiterait pas à donner à ce cas exceptionnel le nom de présentation du front.

Notre exposé sera basé sur les données de ces auteurs et sur ce qui nous a paru ressortir de nos propres observations.

Le front peut affecter avec le détroit supérieur les mêmes rapports que l'occiput ou la face dans leurs présentations respectives, c'est-à-dire que le diamètre occipito-frontal peut être placé dans la direction d'un diamètre oblique ou dans la direction du diamètre transverse du bassin, ce dernier cas paraît être assez fréquent dans les présentations du front ; la position est indiquée par la direction de la suture médio-frontale, les arcades orbitaires, et la situation de la fontanelle antérieure par rapport au détroit supérieur.

Prenons, par exemple, le cas où le diamètre occipito-frontal est dans le diamètre oblique gauche du bassin, le front en rapport avec l'éminence iléo-pectinée gauche. A mesure que la tête s'engage, il se passe un léger mouvement de déflexion qui abaisse l'extrémité antérieure du diamètre occipito-frontal ; les arcades orbitaires et la racine du nez deviennent accessibles à gauche et en avant pendant que la fontanelle antérieure s'éloigne de l'orifice vulvaire et se rapproche du bord opposé du détroit supérieur. La descente se produit alors ; mais tout en progressant, la tête éprouve un mouvement de rotation qui amène la partie médiane du front derrière la symphyse, puis le haut du front se montre dans le vide de la vulve, suivi, peu après, du front tout entier, de la racine du nez et des arcades orbitaires.

A ce moment, la mâchoire supérieure s'applique sur le bord inférieur de la symphyse ; le front se trouvant libre sous l'arcade du pubis, peut se laisser déformer et projeter en avant par la pression qui a

lieu sur le vertex. Celui-ci, sous l'influence de l'effort utérin parcourt non seulement la concavité sacrée, mais le plancher périnéal qu'il distend et arrive à la commissure postérieure de la vulve, où il se dégage ainsi que l'occiput par un mouvement de flexion de la tête. Cela fait, la face s'abaisse et le maxillaire inférieur qui était resté derrière la symphyse sort à son tour.

Si l'extrémité frontale du diamètre occipito-frontal se trouve en arrière au moment de l'engagement, la nature fera exécuter au front un mouvement de rotation analogue à celui qu'elle imprime au menton dans les mento-postérieures de la face, mais au lieu du menton, ce sera le maxillaire supérieur qu'elle amènera sous le pubis. Nous rapprochons ici, comme moyen mnémotechnique, ces deux mouvements analogues. Notre observation II en est un exemple. Les causes de cette rotation sont les mêmes que celles qui font tourner l'occiput ou le menton dans les présentations du sommet ou de la face, c'est-à-dire la nécessité pour la partie fœtale engagée de mettre ses grands diamètres en rapport avec les grands diamètres du bassin.

La face peut descendre plus ou moins sous l'arcade du pubis, de sorte que ce sera tantôt le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, tantôt la racine du nez qui se trouveront fixés contre la symphyse. Heinricius ne regarde comme types d'accouchement par le front que les cas où la mâchoire supérieure elle-même sert de point d'appui. Les diamètres qui se dégagent alors au détroit inférieur sont les diamètres qui

vont du maxillaire supérieur, au bregma, au vertex et à l'occiput.

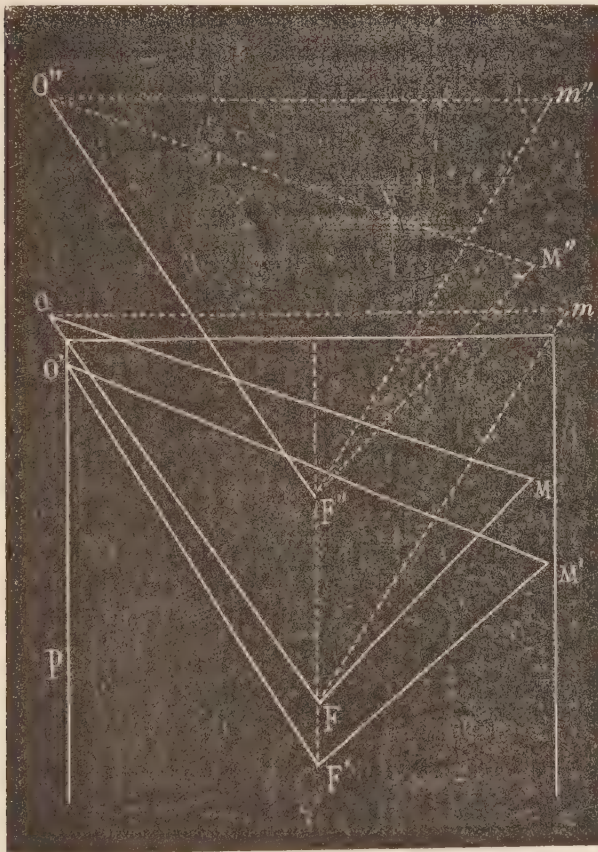
Il nous reste maintenant à préciser comment se comporte le diamètre occipito-mentonnier dans ces divers temps d'engagement, de descente et de dé-gagement de la tête, car ce sera lui qui, dans la majorité des cas, créera des obstacles à la terminai-son spontanée de l'accouchement.

M<sup>me</sup> Lachapelle a écrit dans son troisième mémoire que ce qui rendait l'accouchement par le front si dif-ficile c'est que dans cette présentation, quand le front occupe le centre du détroit supérieur, le diamètre occipito-mentonnier doit s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur ; or, ce fait n'est pas com-plètement exact.

Mangiagalli le démontre de la façon suivante :  
« La tête peut être représentée schématiquement par un triangle dont la base serait le diamètre occipito-mentonnier ; l'un des côtés le diamètre fronto-menton-nier, et l'autre côté le diamètre occipito-frontal. Pour que l'assertion de M<sup>me</sup> Lachapelle fût exacte, dit-il, il faudrait que le diamètre fronto-occipital et le dia-mètre fronto-mentonnier fussent d'égale longueur, ou, ce qui revient au même, que le triangle dans le-quel on pourrait inscrire la tête foetale fut isocèle ; alors seulement, *le front restant toujours au centre du bassin*, le diamètre occipito-mentonnier serait pa-rallèle au plan du détroit supérieur ; mais le diamètre fronto-mentonnier étant plus court que le diamètre occipito-frontal, il arrivera que dans le mouvement de progression du front, l'extrémité mentonnière du diamètre occipito-mentonnier s'engagera dans la

filrière pelvienne avant l'extrémité occipitale de ce diamètre, rendant ainsi possible la descente ultérieure de la partie qui se présente, puisque le diamètre occipito-mentonnier s'insinue obliquement dans l'anneau qui représente le détroit supérieur. »

Il donne une figure schématique qui représente assez nettement ce fait ; nous la reproduisons ici.



Il admet que dans cette figure toutes les dimensions

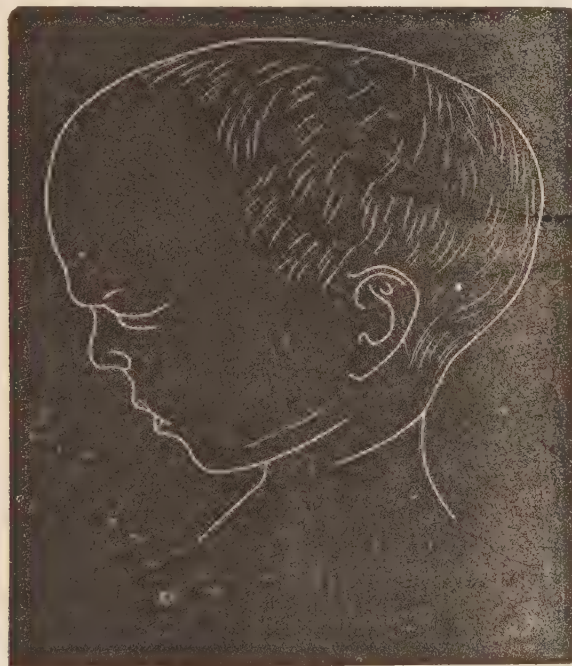
sont proportionnelles et égales à la moitié de la longueur naturelle. « Si dans la section cylindrique P, continue-t-il, nous introduisons le triangle schématique occipito-fronto-mentonnier ( $O'' F'' m''$ ) avec le sommet représentant le front en bas et au centre, les deux côtés occipito-frontal  $O'' F''$ , et le fronto-mentonnier  $F'' m''$  égaux comme dans  $O'' F'' m''$ , alors le côté occipito-mentonnier  $O'' m''$  sera parallèle au détroit supérieur et, à un certain moment, s'appliquera sur l'ouverture du bassin sans pouvoir la dépasser, mais le diamètre fronto-mentonnier est inférieur au diamètre fronto-occipital, et le triangle  $O'' M'' F''$  représente le diamètre de la tête dans ses véritables proportions ; alors, plaçant le front en bas et au centre, dans la progression, l'extrémité  $M''$  s'engagera avant l'extrémité  $O''$  et le triangle  $O'' M'' F''$  se transportera successivement en  $O M F$  et en  $O' M' F'$ . »

Ce raisonnement de Mangiagalli et la figure qu'il donne ont l'avantage, tout en rectifiant une légère inexactitude qui avait échappé à M<sup>me</sup> Lachapelle, de mettre nettement en évidence la façon dont le diamètre occipito-mentonnier s'engage dans ces cas, et ils nous montrent, de plus, qu'après s'être engagé, ce diamètre peut descendre, la tête restant toujours en présentation frontale ; les difficultés réelles n'existeront qu'au détroit inférieur où ce diamètre est obligé de basculer, mais là la rétropulsion du coccyx viendra favoriser ce mouvement et rendra possible le dégagement de l'occiput.

Nægelé a vu quelquefois la tête se dégager trans-

versalement à la vulve. Dans ce cas, la face, moins le maxillaire inférieur qui reste en arrière, se développe d'un côté de la vulve, puis l'occiput de l'autre côté, et à la fin le maxillaire inférieur avec le menton franchit la fente vulvaire.

Si nous étudions les déformations que subit le crâne dans cet accouchement, nous voyons, comme le dit Schroöder, qu'il est comprimé dans la direction du menton à la région qui se trouve au-dessus de la petite fontanelle; le diamètre occipito-mentonnier



Tête fœtale expulsée en présentation du front (Obs. I). Diamètres réduits à la moitié de leur longueur naturelle

diminue, tandis que l'occipito-frontal augmente. Cette déformation est très accusée dans nos deux premières

observations où l'accouchement s'est terminé spontanément, les diamètres étaient :

Dans la première { occ. M. — 11.  
observation : { occ. F. — 11 3/4.  
Dans la deuxième : { occ. M. — 12 5.  
{ occ. F. — 11 3/4.

Nous avons reproduit ci-dessus, d'après un croquis pris au moment même de l'accouchement, la forme qu'avait la tête fœtale dans notre première observation.

Schroöder donne les chiffres d'une observation où cette différence était bien plus accentuée encore :

Occ. M. — 12 1/4.

Occ. F. — 14 3/4.

Huit jours après l'accouchement, ces diamètres avaient repris les dimensions suivantes :

Occ. M. — 13 1/4.

Occ. F. — 12 1/4.

Budin qui, dans sa thèse, s'occupe des déformations du crâne et qui a noté très exactement les dimensions des têtes fœtales, donne les diamètres suivants pour son cas de présentation frontale :

Occ. M. — 12 2.

Occ. F. — 12.

« Les deux pariétaux, dit-il, chevauchaient fortement l'un sur l'autre, le gauche avait glissé sous le droit, et ce dernier faisait une saillie très marquée. En outre, les deux pariétaux s'enfonçaient sous la pointe de l'occiput, cette pointe faisait en dehors une saillie très marquée, et son extrémité était un peu recourbée en avant en forme de bec. Les deux parié-

taux, au niveau de leur bord antérieur, s'enfonçaient sous le frontal. Ce dernier os était donc placé sur un plan supérieur à celui des pariétaux. »

Belluzzi qui, dans son mémoire, paraît s'occuper avec un soin tout particulier des déformations du crâne dans les accouchements de ce genre, donne une très belle planche dans laquelle il rapproche les déformations qui se produisent dans cette présentation, des déformations que subit le crâne dans les accouchements par le sommet en occipito-antérieures et occipito-postérieures non réduites, et dans les accouchements par la face.

« Dans les occipito-antérieures, dit-il, l'axe de l'ovoïde céphalique va du menton à l'occiput. Dans les occipito-postérieures, il va de la base du crâne au vertex, et dans les présentations de la face, de la face à l'occiput. Dans ces trois cas, la tête a la forme d'un ovoïde, tandis que dans les présentations frontales, elle a la forme d'un triangle dont le sommet serait le front et la base une ligne allant de l'occiput au menton. » Belluzzi signale encore un aplatissement du vertex, et il croit qu'il serait bon, dans ce cas, d'ouvrir le crâne des mort-nés pour savoir s'il n'y aurait pas une compression de la partie postérieure du cerveau et du cervelet qui pourrait expliquer la plupart des morts qui surviennent chez les fœtus nés spontanément par le front, alors même que le travail n'a pas été long.

Cette déformation n'existe pas ou est très peu accusée dans les présentations frontales qui ne persistent pas jusqu'à la fin du travail.

Nous devons signaler encore la présence, sur le front, de la bosse sanguine, qui contribue à augmenter la saillie en avant que fait cette région, et un sillon très prononcé à la racine du nez. Nægelé dit qu'il a vu le nez dévié et complètement déjeté de côté.

Nous devons faire observer, avant de terminer ce chapitre, que Tarnier a décrit, dans les occipito-postérieures non réduites, un mode de dégagement qui se rapproche de celui que nous avons décrit pour le front. Pour lui, dans ces cas, le front descend sous le pubis jusqu'à la racine du nez et ce n'est que quand la tête a pris un point d'appui par cette région, sous le pubis, que l'occiput se dégage en arrière sur la commissure postérieure de la vulve; mais la déformation du crâne n'est pas la même que dans la présentation du front. Dans les occipito postérieures, c'est le sommet qui s'est engagé et qui a descendu le premier dans l'excavation, aussi est-il très fortement allongé. Voici comment Tarnier décrit cette déformation dans la thèse de Budin (page 49): « Le sommet de l'extrémité céphalique fait une saillie conique; l'occiput est aplati et repoussé en avant, de sorte que le dos de l'enfant, la nuque et l'occiput sont sur la même ligne droite: la tête a la forme d'un pain de sucre dont le point culminant serait formé par la suture bi-pariétale. » Le diamètre sus-occipito-mentonnier ou maximum, comme il l'appelle, de l'observation rapportée dans la thèse de Budin, mesurait 15 cm 6; et l'occipito-frontal 10 cm 8. Il y a loin de ces dimensions aux dimensions des mêmes diamètres dans les accouchements par le front.

## CHAPITRE IV

---

### ÉTIOLOGIE

Le fait essentiel dans les présentations, soit du front, soit de la face est, ainsi que le font remarquer Ahlfeld et Mangiagalli, l'écartement du menton du plan sternal, et le rapprochement de l'occiput du plan dorsal du fœtus. On peut voir par là combien l'étude des causes des deux présentations doit renfermer d'analogies, puisqu'il n'y a entre elles, sous ce rapport, qu'une question de degré. Aussi, comme pour les présentations de la face, les causes invoquées pour les présentations du front sont très nombreuses et leur variété a été telle, qu'elle n'a pas permis d'établir une théorie générale pouvant les réunir toutes.

Notre intention n'est pas de discuter dans ce chapitre la valeur de toutes ces causes, mais d'indiquer simplement celles qui nous ont paru être plus particulièrement en rapport avec les présentations du front,

nous réservant toutefois d'insister un peu plus longuement sur celles qui nous ont semblé avoir eu lieu dans nos propres observations.

Charpentier rapporte dans son ouvrage, la classification de Ahlfeld. L'auteur allemand a divisé les causes des présentations frontales en causes primordiales et en causes accessoires. Pour mettre cette étude plus en harmonie avec chacun des termes du problème de l'accouchement, nous les avons rangées dans un autre ordre et classées sous les trois chefs suivants : 1° causes relatives à la mère ; 2° causes relatives au fœtus ; 3° causes communes à la mère et au fœtus. Aux causes relatives à la mère nous avons établi une subdivision ; d'un côté, nous avons placé les causes tenant aux parties molles et, de l'autre, les causes relatives aux parties dures.

Du côté des *parties molles* de la mère on a noté :

- 1° L'obliquité de l'utérus ;
- 2° La résistance du col ;
- 3° La faiblesse des contractions ;
- 4° Un ventre en besace, la multiparité.

Du côté des *parties dures* :

- 1° Le rétrécissement du bassin ;
- 2° Son ampleur exagérée.

Pour ce qui regarde le *fœtus*, on a signalé :

- 1° L'hydropisie thoracique ou ascitique ,
- 2° Le goître congénital et les tumeurs du cou ;
- 3° L'hydrocéphalie ;
- 4° La dolychocéphalie ;

- 5° La brièveté anormale du cou ;
- 6° Un fœtus petit, né avant terme ;
- 7° L'exagération du poids de la tête ;
- 8° Les procidences du cordon et ses circulaires autour du cou ;
- 9° La procidence des membres ;
- 10° L'hydramnios.

Comme causes *communes à la mère et à l'enfant* :

- 1° Une disproportion entre les dimensions du bassin et les diamètres de la tête fœtale ;
- 2° L'arrêt de l'occiput au détroit supérieur.

Si nous cherchons à délimiter dans quelles proportions ces causes ont agi, nous sommes arrêté, non par le défaut absolu de statistique, mais par le petit nombre de cas sur lesquels ces statistiques ont porté. Voici cependant les chiffres les plus importants que nous avons extraits du travail de Heinrichius.

Sur 100 cas, il y a eu 7 fois déviation utérine.

Les rétrécissements du bassin y figurent dans les proportions de 36 p. 0/0 ;

Les circulaires autour du cou du fœtus ont été notées 12 fois sur 207 cas ; l'hydramnios 8 fois.

Sur 118 enfants, 86 étaient plus petits que la normale.

Toutes les autres causes figurent dans ce travail dans des proportions tellement faibles, que nous ne croyons pas devoir y insister. Ainsi l'hydrocéphalie n'est notée que 2 fois sur 207 cas, de même que le développement anormal du thorax.

Sur 180 mères, 80 étaient multipares.

En dépouillant les observations que nous apportons à la fin de ce mémoire, nous voyons que sur 9 cas, 7 fois on n'a rien noté d'anormal du côté des parties molles de la mère. Deux fois seulement (observations I et XIII) on a noté une inclinaison légère de l'utérus à droite. La moitié de nos femmes étaient primipares, et dans tous les cas les contractions utérines ont été énergiques.

Du côté du bassin, 4 fois on n'a rien noté ; 3 fois, il existait un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, et une fois une exostose sur l'épine sciatique droite.

Du côté du fœtus, nous n'avons trouvé aucune tumeur, aucun vice de développement, mais il existait une différence de poids assez notable entre chacun d'eux, et si nous prenons le chiffre de 3 kilog. 250, adopté par la généralité des accoucheurs, comme moyenne du poids d'un nouveau-né à terme, nous voyons que 6 fois la moyenne était dépassée assez notablement, et 3 fois elle n'était pas atteinte. Dans un de ces trois derniers cas, le poids n'était que de 2 kilog. 450. (Obs. VIII.)

Les annexes ont présenté une fois un cordon très court et une fois une circulaire très serrée autour du cou.

En examinant les diamètres de la tête et en les comparant à ceux du détroit supérieur, une chose nous a immédiatement frappé, c'est le manque de proportion entre les diamètres transverses de la tête, et le diamètre antéro-postérieur du bassin dans beaucoup de nos cas. Aussi, avons-nous inscrit ici

dans un tableau comparatif les mensurations du bassin et celles de la tête fœtale. Nous y avons ajouté dans une troisième colonne le poids des fœtus.

| OBS., NOMS            | BASSIN                                             | TÊTE FŒTALE                                                         | POIDS DU FŒTUS |
|-----------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| Obs. I. Gabr. R.      | Normal                                             | bi. T.... 9 cent.<br>bi. P.... 9<br>occ. F... 11 3/4<br>occ. M.. 11 | 3 k. 420       |
| Obs. II. Virg. L.     | D. antéro-post.<br>10 1/4                          | bi. T.... 10<br>bi. P.... 11<br>occ. F... 11 3/4<br>occ. M.. 12.2   | 3 k. 800       |
| Obs. III. (th. Badia) | Normal                                             | bi. T.... 7.4<br>bi. P.... 8.6<br>occ. F... 12<br>occ. M.. 12.2     | 3 k. 105       |
| Obs. IV. Marie M.     | Diamètre S. P.<br>9.                               | bi. T.... 8<br>bi. P.... 9<br>occ. F... 10.5<br>occ. M.. 14         | » »            |
| Obs. V. A. M.         | Diam. s. s. pubien<br>s. réduct. 10 1/4            | bi. T.... »<br>bi. P.... 9<br>occ. F... 12<br>occ. M.. 13           | 3 k. 900       |
| Obs. VI. Marie R.     | Dét. Sup. normal<br>exostose s. épine<br>sciatique | bi. T.... 9.5<br>bi. P.... 10.5<br>occ. F... 12<br>occ. M.. 11      | 3 k. 750       |
| Obs. VII. M. Ver.     | normal                                             | bi. T.... 9.5<br>bi. P.... 10<br>occ. F... 12<br>occ. M.. 14        | 4 k. 830       |
| Obs. VIII. M. G.      | normal                                             | bi. T.... 7<br>bi. P.... 7 1/2<br>occ. F... 9<br>occ. M.. 11        | 2 k. 450       |
| Obs. IX. J. Dec.      | normal                                             | bi. T.... 6 3/4<br>bi. P.... 7<br>occ. F... 10 1/2<br>occ. M.. 12   | 2 k. 700       |

Nous voyons par ce tableau que deux fois seulement (obs. I et obs. III) la tête et le bassin ont eu dans leurs diamètres les rapports qui doivent exister dans un bon accouchement.

Deux fois nous avons eu, avec une tête normale, un bassin assez notablement rétréci ; deux fois avec un bassin normal ou très légèrement rétréci, une tête dont les diamètres transverses excédaient la moyenne puisque dans un cas le diamètre bi-pariétal avait 10 centimètres (obs. VII) et dans l'autre 11 centimètres (obs. II). Nous pouvons donc au point de vue de l'accouchement assimiler ces cas à ceux de bassins rétrécis.

Deux fois, une tête petite (obs. VIII et IX) s'est trouvée placée dans un bassin normal. Enfin, dans un dernier cas (obs. VI), la difficulté se trouvait dans le petit bassin sur l'épine sciatique.

Les choses étant telles, comment pouvons-nous nous expliquer l'engagement par le front ? Dans les cas de déviation utérine, nous comprenons aisément que, par suite d'une mauvaise direction des forces expultrices, la tête puisse se déflexir au détroit supérieur. Cette cause a été longuement étudiée dans les présentations de la face depuis Deventer (1701) jusqu'à nos jours par un grand nombre d'accoucheurs, aussi n'entrerons-nous dans aucun détail à ce sujet. Il en est de même pour la dolychocéphalie de Duncan, qui n'est pas encore résolue pour les présentations de la face.

L'engagement par le front est encore facile à comprendre dans les cas de tumeurs du cou ou de la partie

antérieure du thorax qui empêchent la flexion de la tête. Il l'est aussi pour les cas où la tête est petite et le bassin ample, ou tout au moins normal, comme dans notre observation VIII. La tête surprise par les contractions utérines peut s'engager dans la situation où elle se trouve en s'accommodant imparfaitement, car du moment que le contenant est trop vaste pour le contenu, les lois de l'accommodation perdent leur puissance. (Carpentier-Pinard.)

Nous arrivons maintenant à la cause qui a été donnée comme la plus fréquente, les rétrécissements du bassin. Heinrichus, en effet, ainsi que nous l'avons dit plus haut, fait intervenir cette cause dans les proportions de 36 0/0. Spiegelberg, sur 544 accouchements dans les bassins rétrécis a trouvé 6 présentations du front, soit 1, 2, 0/0, alors que dans les bassins normaux cette présentation n'était que de 1 pour 8 à 900 accouchements. Nous-même, dans nos propres observations, en assimilant les cas où la tête avait des diamètres transverses de beaucoup au-dessus de la normale aux cas de rétrécissement, nous voyons que cette cause est intervenue 4 fois sur 9. Duncan (1), Michœlis, Litzmann et les autres accoucheurs qui se sont occupés de cette question, disent que la tête éprouvant de la difficulté à s'engager par le diamètre bi-pariétal, c'est le bi-temporal qui vient se mettre en rapport avec le conjugué vrai. La tête subit ainsi un mouvement de déflexion qui amène le front au détroit supérieur.

(1) M. Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique*. (Trad. Budin, Paris, 1876.)

Nous avons voulu, vu l'importance que nous a semblé prendre cette cause, vérifier cette assertion et suivre de plus près le mécanisme d'engagement de la tête dans ces cas; aussi avons-nous entrepris, sur les indications de M. le professeur Bouchacourt, avec notre ami le docteur E. Blanc, quelques recherches expérimentales à ce sujet. Nous en donnons ici le résumé.

Sur le bassin en bronze de Tarnier, qui permet d'établir des rétrécissements de degré variable, mais qui malheureusement ne réalise pas les conditions absolues d'un bassin physiologique, nous avons essayé d'engager des têtes fœtales dont la longueur des divers diamètres était préalablement mesurée. Si nous établissions, par exemple, un rétrécissement de 8 centimètres et si nous prenions une tête dont le diamètre bi-pariétal fut de 9 centimètres et le bi-temporal de 8, la plaçant transversalement au détroit supérieur sans flexion, l'occiput à gauche, son diamètre bi-pariétal parallèle au conjugué vrai, le pariétal postérieur appuyant sur le promontoire, et le pariétal antérieur touchant le pubis; si, dis-je, dans ces conditions, nous exercions une pression énergique sur la tige fœtale prise en masse, de façon à engager la région occipitale, nous ne pouvions obtenir aucun engagement, aucune descente; la voûte du crâne paraissait réellement s'aplatir sur le détroit supérieur, comme le veut Simpson, et c'était tout.

Si alors, modifiant un peu la direction et le degré de nos pressions, nous laissions la tête s'accommoder en toute liberté, nous la voyions glisser peu à peu ;

le diamètre bi-pariétal se déjetait en dehors du conjugué vrai trop étroit pour le recevoir. Un mouvement de déflexion se produisait, amenant le diamètre bi-temporal en rapport avec le conjugué vrai.

Dès ce moment, l'engagement commence, le front plonge dans le sinus droit du bassin pendant que l'occiput, à gauche, reste élevé encore au-dessus du détroit supérieur. Il se passe, de plus, un léger degré de rotation autour de l'axe vertical de la tête, l'extrémité frontale du diamètre occipito-frontal se porte en arrière vers la symphyse sacro-iliaque droite. Une des bosses pariétales se trouve alors en avant de l'aileron gauche du sacrum, l'autre au-dessus de la symphyse pubienne. La suture fronto-pariétale postérieure glisse sur le promontoire, qui vient presser sur la région écailleuse du temporal et la partie avoisinante du pariétal. Ces régions se laissent aisément déprimer, car, d'après les expériences de Budin, le diamètre bi-temporal est non seulement le plus court mais aussi le plus réductible des diamètres transverses.

Dans ces conditions, il suffit de très peu d'efforts pour engager complètement la tête, qui s'enfonce dans l'excavation en direction oblique, le pariétal postérieur s'abaissant dans l'espace qui est en avant de l'aileron gauche du sacrum, le pariétal antérieur glissant derrière le plan oblique du pubis. A ce moment, la calotte occipitale seule apparaît au détroit supérieur. La tête arrive enfin dans l'excavation où un plus grand espace lui est offert.

Nous avons répété cette expérience un certain

nombre de fois avec des têtes de divers volumes, toujours nous avons remarqué que l'on pouvait engager aisément, de cette façon, des têtes fœtales dont le diamètre bi-temporal égalait le degré du rétrécissement, mais dès que ce diamètre devenait supérieur, nous commençons à éprouver des difficultés, et, quand il excédait de un centimètre la longueur du conjugué vrai, l'engagement ne pouvait s'obtenir qu'au prix d'une dépression considérable de la région temporale.

Nous devons, avant d'aller plus loin, dire quelques mots d'un mécanisme cité par plusieurs auteurs et qui nous permettait d'obtenir, dans les mêmes conditions, un engagement par le sommet, mais tout autant que la tête étant située transversalement au détroit supérieur, nous l'avions inclinée, soit en avant, soit en arrière, en favorisant ainsi l'engagement d'une des extrémités du diamètre bi-pariétal par un mouvement de bascule. Un diamètre oblique plus petit que le bi-pariétal se trouvait encore en rapport avec le conjugué vrai, et, après que l'extrémité postérieure du diamètre transverse avait franchi le promontoire, l'extrémité antérieure descendait à son tour derrière le pubis ou inversement. Mais il fallait pour ces cas une inclinaison assez forte de la tige fœtale, soit en avant, soit en arrière, condition que ne réunit pas toujours l'utérus au moment de l'accouchement.

Nous voyons, d'après ces quelques expériences, que les rétrécissements du bassin favorisent les présentations du front, à condition, cependant, que les contractions utérines soient convenablement dirigées,

et qu'elles permettent à la tête d'accommoder ses diamètres aux différents diamètres du bassin.

On ne saurait donc dire, selon la remarque que nous faisait M. le professeur Bouchacourt, que la présentation du front soit une complication dans les rétrécissements du bassin ; c'est plutôt un procédé ou mieux une ressource présentée par la nature, ou tentée par elle pour se tirer d'affaire en pareil cas.

Nous ne dissimulerons pas toutefois ce que notre étude expérimentale a d'incomplet, car nous étions réduits à opérer sur un bassin privé de parties molles et dont la forme du rétrécissement était toujours la même ; or, on sait, d'après les nombreux travaux qui ont été faits dans ce siècle sur ce sujet, combien sont variées les formes de rétrécissement que nous offre la nature, et on comprend aisément que telle forme permettant une accommodation plus facile, sera plus favorable que telle autre à un engagement de la tête par la région frontale. C'est à l'observation attentive des faits à nous éclairer sur ce point.

A côté de ces causes d'engagement par le front, dont l'influence nous paraît incontestable, on en a invoqué d'autres qui nous semblent moins évidentes, telles que la résistance du col, la procidence du cordon, le poids de la tête fœtale, aussi nous contenterons-nous de les mentionner sans insister autrement sur leur valeur.

Il ressort donc de l'ensemble de cette étude que les causes des présentations frontales peuvent résider soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus, soit chez les deux à la fois, et parmi celles-ci il faut noter

surtout une disproportion entre les diamètres antéro-postérieurs du bassin et les diamètres transverses de la tête foetale, soit par suite d'un rétrécissement du bassin, soit par suite d'un développement trop faible ou trop considérable des diamètres transverses de la tête.

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

#### DIAGNOSTIC

Nous avons indiqué plus haut les signes qui nous permettent de reconnaître les présentations frontales; ces présentations ne sauraient être confondues qu'avec les présentations occipitales, mais pour peu que l'on mette de soin dans le toucher on s'apercevra bien vite que la fontanelle que l'on rencontre au centre de l'excavation est la fontanelle antérieure et non la fontanelle postérieure; cependant il pourrait se faire que, par suite d'une ossification avancée ou d'une compression trop forte de la tête, cette fontanelle fut effacée, il faudrait dans ce cas établir le diagnostic d'après la direction des sutures, ou bien encore, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, se porter plus en dehors vers le rebord du détroit supérieur et tâcher de trouver les arcades orbitaires ou

la racine du nez. C'est ce qu'il faudrait faire encore si la bosse sanguine était trop développée.

Nous devons signaler ici un léger mouvement de déflexion de la tête indiqué par Playfair (1) qui a lieu dans les présentations occipitales surtout dans les occipito-postérieures non réduites, alors que l'occiput arrive sur le plancher périnéal. Dans les occipito-postérieures, le mouvement de déflexion qui tient le plus souvent, d'après Guillemot et Sentex (2), à un certain degré d'inclinaison de l'utérus en avant, est quelquefois assez accusé pour amener la fontanelle antérieure jusqu'au centre de l'excavation. Il est alors de la plus haute importance de le corriger avant de faire exécuter à la tête son mouvement de rotation. C'est ce que beaucoup de médecins oublient trop souvent, et cet oubli leur cause la plupart du temps de sérieuses difficultés dans le mouvement de rotation. (M. Poullet. — Clinique du 16 avril 1885.)

Un point important du diagnostic consisterait à établir à l'avance le mode de terminaison de l'accouchement, c'est-à-dire si la présentation frontale restera telle, ou si elle se convertira en présentation de la face ou du sommet. Pour cela, il n'existe qu'un seul moyen, c'est de répéter souvent le toucher une fois le front reconnu, et de s'assurer par la hauteur relative de la fontanelle antérieure, de la plus ou moins grande tendance de la tête à la flexion ou à la déflexion.

(1) Playfair. — *Traité d'accouchements*, trad. par Vermeil.

(2) Sentex. — *Etude statistique et clinique sur les occipito-postérieures* (1872).

Il existe enfin un moyen de diagnostic rétrospectif, c'est la déformation subie par la tête et la présence de la bosse sanguine sur le front. Nous savons, d'après Tarnier, que la bosse sanguine peut également se trouver sur le front dans les occipito-postérieures non réduites, mais dans ce cas nous l'avons vu, la déformation du crâne n'est pas la même.

#### PRONOSTIC

M<sup>me</sup> Lachapelle est la première qui ait compris la gravité des présentations frontales. Dans son troisième mémoire, où elle parle du pronostic des présentations de la face, elle critique assez vivement Gardien qui s'étonnait que l'on ait pu croire les accouchements où l'enfant présente le front plus fâcheux que ceux où il présente la face. Pour elle, la différence est énorme. Elle croyait l'accouchement par le front possible, mais elle s'en exagérait peut-être la difficulté parce qu'elle n'avait pas vu bien exactement son mécanisme. Nous devons reconnaître cependant que, même tel que nous l'avons décrit, avec le diamètre occipito-mentonnier, incliné assez fortement par rapport au plan du détroit supérieur, et non parallèle, cet accouchement présente encore de sérieuses difficultés.

Sur les 12 observations de présentations frontales que rapporte M<sup>me</sup> Lachapelle, dans ses mémoires, l'intervention fut nécessitée 7 fois, et 2 fois au moins l'enfant vint mort. De plus, sur ces 12 cas, 3 n'é-

taient pas des présentations frontales véritables telles que nous les avons entendues ; la tête n'avait subi qu'un léger degré d'extension qui avait permis une réduction facile en présentation occipitale franche.

Mangiagalli, dans son mémoire de 1880, où il a pu réunir 64 présentations frontales, dit que dans plus de la moitié des cas, l'art dut intervenir. Son pronostic vise surtout l'accouchement par le front proprement dit. Il reconnaît que cet accouchement est laborieux, mais que les difficultés se rencontrent passé le détroit supérieur. L'intervention, dit-il, s'effectuera dans des conditions ni difficiles, ni périlleuses pour la mère et pour l'enfant. Il eut pourtant 12 enfants morts et 6 mères succombèrent des suites de couches. Il est vrai que quelques enfants étaient morts avant le début du travail.

Dans une note toute récente, qu'il a bien voulu nous communiquer, l'auteur dit qu'il a pu vérifier expérimentalement les conclusions de son premier travail. Les résultats qu'il a obtenus par ses expériences concordent parfaitement avec ceux qui lui avait fournis l'analyse clinique des faits, et il ajoute que, dans un bassin normal, la force déployée par le forceps pour dégager au détroit inférieur une tête descendue en présentation frontale, ne dépasse pas celle qui intervient dans les accouchements physiologiques ordinaires ; mais qu'avec un rétrécissement de 9 cent. à 9 cent  $1/2$ , il était obligé de déployer une force variant de 14 à 30 kilog. Il fait remarquer aussi qu'il n'avait pas porté dans son premier mémoire un pronostic aussi benin qu'on a bien voulu le

lui reprocher, mais qu'il se plaçait entre l'optimisme des uns et le pessimisme des autres.

Chiarleoni arrive à un pronostic aussi grave que pour l'accouchement dans les présentations du plan latéral du tronc abandonnées aux seules forces de la nature.

Pour Belluzzi, l'accouchement par le front est difficile et plus grave que celui de la face ; cet accoucheur, sur 5 cas, fut obligé de pratiquer une craniotomie, et cela sur une femme dont le bassin était normal.

Heinricius a donné les chiffres suivants pour la mortalité de l'enfant :

|                                                                                       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Accouchements types du front. ....                                                    | 24 % |
| Cas où la présentation s'est transformée en<br>présentation de la face ou du sommet.. | 13 % |
| Cas d'accouchements par le front en direc-<br>tion transversale .....                 | 57 % |

Ce chiffre peut être rapproché de celui donné par Schroëder qui, sur 41 enfants, eut 21 morts.

Du côté des mères, Heinricius est arrivé au résultat suivant :

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Sorties bien portantes. .... | 65 % |
| Ont été malades. ....        | 35 % |
| Sont mortes .....            | 17 % |

Si nous examinons ce qui s'est passé dans les 9 observations que nous rapportons, nous voyons que 5 fois on fut obligé d'intervenir, et 4 fois l'accouchement s'est terminé seul. Dans 2 seulement de ces

4 derniers cas les suites furent heureuses pour la mère et pour l'enfant, dans les 2 autres, qui se sont terminés en présentation frontale, les mères succombèrent plus ou moins tardivement, ainsi qu'un des enfants.

La malade de notre première observation a succombé à la suite d'accidents inflammatoires de nature très probablement septique, qui ont eu leur point de départ dans des contusions étendues et profondes de la muqueuse vaginale. Chez la seconde, la température s'est élevée dès le lendemain de l'accouchement et la mort est arrivée le cinquième jour avec des symptômes de métro-péritonite. On trouva sur la surface interne de l'utérus, au niveau de l'anneau de Bandl, une déchirure intéressant la muqueuse et les fibres musculaires situées sous la muqueuse. L'ovaire gauche était volumineux, sa surface mâchée et contuse.

On voit donc que, dans ces deux cas, l'accouchement ne s'était terminé qu'aux dépens de lésions graves du côté des parties molles de la mère, lésions qui, si elles n'ont pas entraîné la mort par elles-mêmes, ont tout au moins puissamment contribué au développement des accidents inflammatoires qui sont survenus dans la suite et que les précautions antiseptiques les plus rigoureuses n'ont pu ni prévenir ni enrayer. Si l'on ajoute à ces lésions internes, la durée du travail qui dans un cas a été de 12 heures et dans l'autre de 24 avec des contractions utérines excessivement violentes, on jugera de l'état d'anéantissement dans lequel devaient se trouver ces femmes

après la délivrance et combien peu elles devaient être aptes à réagir contre les accidents inflammatoires qui sont survenus.

Chez toutes nos autres accouchées, la durée du travail fut longue, elle atteignit 25 à 30 heures en moyenne.

Dans les 5 cas où l'on intervint, les mères sortirent bien portantes, mais deux enfants moururent : l'un pendant l'intervention, l'autre quelques jours après. En somme, trois enfants sur huit succombèrent.

Donc, le résultat des observations que nous avons pu recueillir, comme celui obtenu par les divers accoucheurs que nous venons de citer, montre que le pronostic doit être très réservé, non seulement pour les enfants dont près de la moitié succombent, mais encore pour les mères. Celles-ci, outre l'épuisement qu'amène la violence des contractions utérines et la prédisposition plus grande qu'elles peuvent acquérir de ce fait aux inflammations septiques, surtout dans les milieux hospitaliers, sont exposées à tous les accidents que peut créer le passage lent et pénible d'une tête à travers le bassin : compression des parties molles, contusions, déchirures, gangrènes, fistules vésico-vaginales, etc. Aussi, avons-nous vu que dans la statistique de Heinrichius la mortalité pour les mères s'est élevée à 17 0/0, et dans nos huit observations deux mères sont mortes plus ou moins longtemps après l'accouchement.

Le pronostic sera surtout réservé dans les cas où il existe un rétrécissement, car il est rare qu'alors l'art n'ait pas à intervenir, et l'intervention est

souvent difficile et grave comme le montre notre observation V, où après avoir appliqué deux fois le forceps on essaya en vain la version ; l'accouchement ne put être terminé que par une troisième application du forceps, mais l'enfant était mort.

#### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

La plupart de nos auteurs classiques français : Dubois, Depaul, Stoltz, Charpentier, etc., considérant les présentations frontales comme éminemment transitoires, sont très brefs au point de vue des indications thérapeutiques. Voici les paroles de Depaul (1), parlant des cas qui nous occupent : « Dans cette école clinique, fondée par Dubois, on y a enseigné de tout temps aux médecins et aux élèves qu'il ne fallait rien faire le plus souvent. Quant à moi, je me suis toujours efforcé de vous démontrer combien il est utile de suivre ce précepte. »

M<sup>me</sup> Lachapelle est d'avis qu'il faut chercher à transformer la présentation du front en celle de la face et cela en maintenant le front élevé pendant les contractions utérines avec les doigts, ou en cherchant à atteindre le menton que l'on attirerait dans l'excavation. Elle n'indique pas à quel moment on doit intervenir. Quant à la transformation de la présentation du front en celle de l'occiput, elle n'en parle pas, mais à l'occasion des présentations de la face, elle dit que

(1) Depaul. --- *Leçons de clinique, obst.*, p. 149.

c'est là une manœuvre qui n'aboutit pas toujours.

Nægelé (1) s'exprime ainsi: « Mais si l'on est convaincu que la nature seule n'est pas capable de lever l'anomalie, nous recommandons d'abord le procédé suivant indiqué par Hildebrandt ; la femme étant placée sur le côté, en travers du lit, on applique, au *début d'une contraction*, deux doigts de la main droite sur le front et on y exerce une pression dirigée vers l'occiput si l'on cherche à obtenir une présentation faciale, et vers la face si l'on veut faire descendre l'occiput. Le choix de la présentation qu'il faut tâcher de produire dans chaque cas particulier ne peut être déterminé que par un examen très minutieux, dans lequel on doit surtout chercher à reconnaître si c'est plutôt la partie antérieure du front (avec le rebord supérieur de l'orbite et le nez) qui se présente ou bien si c'est la partie postérieure. Il faut que la pression soit vigoureuse et toujours dirigée dans le même sens, afin d'opposer d'un côté, à l'impulsion que reçoit la tête, une résistance constante et assez forte pour l'emporter sur celle qu'éprouve l'autre côté qui doit être poussé en bas par la contraction utérine ».

Les indications de Nægelé s'arrêtent là.

Schroöder conseille en première ligne la version, lorsque l'orifice est suffisamment dilaté et que le front est encore mobile, ou bien il veut que l'on essaye la transformation de la présentation du front en celle du sommet ou de la face. Il conseille aussi de coucher la

(1) Nægelé. — *Traité d'accouchement* (1869), p. 352.

femme sur le côté gauche, mais il n'est conduit là que par des raisons théoriques, et il ne dit pas quels résultats il a obtenus de cette pratique. Si la transformation ne peut être effectuée, il faut, pour lui, lorsque l'enfant est mort, aussitôt qu'il y a des difficultés mécaniques, faire la perforation ; si l'enfant est vivant attendre autant que possible, et lorsqu'on ne peut plus différer, appliquer le forceps. La direction des tractions doit être d'abord en bas jusqu'à ce que la mâchoire supérieure se fixe et alors on relèvera les manches du forceps pour dégager l'occiput sur le périnée. Lorsque le forceps échoue, il faut avoir recours à la perforation malgré la vie de l'enfant.

Mangiagalli pense que la version est possible à une période peu avancée du travail, de même que la transformation de cette présentation en un autre, et il dit que la transformation en présentation de la face est plus facile qu'en présentation occipitale, parce que le diamètre mento-frontal est plus court que l'occipito-frontal ; par conséquent, le menton se trouvant plus abaissé que l'occiput, est plus facile à faire descendre que celui-ci dans l'excavation. C'est donc le procédé d'intervention qu'il conseille, surtout lorsque la tête a complètement engagé son diamètre occipito-mentonnier dans la filière pelvienne.

Cependant, dans soixante-quatre observations qu'il rapporte, ce procédé a été rarement employé ; nous trouvons :

Conversion artificielle de la présentation  
du front en face..... 7 fois.

Conversion artificielle de la présentation  
du front en sommet..... 1 fois.

Les autres procédés d'intervention se répartissent  
de la façon suivante :

|                  |          |
|------------------|----------|
| Forceps .....    | 27 fois. |
| Version .....    | 2 —      |
| Embryotomie..... | 2 —      |
| Levier .....     | 1 —      |

La terminaison spontanée eut lieu 30 fois. Le total des procédés employés dépasse le nombre de cas dans lesquels on est intervenu : c'est que plusieurs fois un premier procédé n'ayant pas abouti, on fut obligé de recourir à d'autres.

En cas d'insuccès de la transformation manuelle, le professeur italien recommande le forceps ; sur les 27 cas où cet instrument a été employé, 2 fois l'enfant ne put être extrait ; et sur les 17 observations inédites, où le forceps a été appliqué 10 fois, 3 fois l'enfant succomba, soit pendant l'intervention, soit quelques heures plus tard. Une fois, il était mort déjà au moment de l'intervention.

Chiarléoni conseille le forceps, mais après que l'on aura substitué la face au front. Quand le menton est en arrière, il ne veut pas que l'on retire la main qui a opéré l'abaissement du menton, mais que l'on glisse sur elle la branche correspondante du forceps, et, une fois l'instrument appliqué, que l'on fasse exécuter avec lui un mouvement de rotation à la tête qui amène le menton sous le pubis.

Belluzzi conseille de même l'intervention hâtive.

• Si nous examinons nos propres observations, nous voyons quelles sont en faveur de l'intervention. En effet, dans les 3 cas où l'on n'est pas intervenu, 2 fois il y a eu mort de la mère, une fois mort de l'enfant, tandis que dans les 5 autres cas où l'on a appliqué le forceps, toutes les mères ont survécu et 2 enfants seulement sont morts.

Dans nos observations, il n'est pas indiqué que l'on ait tenté la conversion manuelle, nous ne pouvons donc apporter aucune opinion personnelle à cet égard ; cependant nous devons faire remarquer que le forceps a amené la tête par l'occiput quatre fois sur cinq, ce qui tendrait à prouver que la transformation en présentation occipitale n'est pas si difficile que l'ont prétendu M<sup>me</sup> Lachapelle et Miangiagalli. On n'a pas non plus pratiqué de version, une fois seulement (observ. V), on a fait des tentatives qui sont restées infructueuses. Le rétrécissement, il est vrai, était assez accusé, diamètre sacro-sous-pubien  $10\frac{1}{4}$  sans réduction, et la tête assez profondément engagée.

En résumé, les principaux moyens proposés ou employés par les divers auteurs que nous venons de citer et ceux auxquels on a eu recours dans nos propres observations, sont au nombre de quatre : la conversion manuelle, le forceps, la version et le levier ; nous ne parlerons pas de la craniotomie qui n'est employée que comme ressource ultime. Ces divers moyens ont tous été suivis d'un plus ou moins grand nombre de succès, mais jusqu'ici, ils

paraissent avoir été appliqués indifféremment, sans que leurs auteurs aient songé à préciser dans quel cas tel moyen dut être préféré à tel autre. Aussi nous a-t-il paru y avoir là une lacune que nous allons essayer de combler.

Et d'abord, dans quel cas l'art doit-il intervenir ? Nous avons vu que les présentations frontales pouvaient se terminer spontanément en accouchement par le front à l'aide d'un mécanisme spécial, ou bien se réduire d'elles-mêmes en présentation de la face ou du sommet ; nous nous garderons donc d'intervenir si nous voyons la conversion s'effectuer spontanément ou la marche du travail n'être pas ou à peine retardée par la présence du front à la partie déclive et si les battements du cœur du fœtus sont réguliers. « L'important, avant de rien entreprendre, a dit M. le professeur Bouchacourt(1), est de suivre très attentivement les phases dangereuses que peut traverser le fœtus par une trop longue attente et dont l'auscultation seule permet d'apprécier les variations et le degré. » Mais si la tête s'arrête, si les contractions deviennent excessivement vives et qu'elles épuisent la parturiente, ou bien s'il y a menace d'inertie et que l'enfant souffre, on ne doit pas hésiter. L'intervention est indispensable au salut de la mère et de l'enfant.

Le procédé que nous recommandons tout d'abord, parce qu'il nous paraît être le plus innocent, surtout s'il est exécuté avec toutes les précautions antisepti-

(1) Bouchacourt, article *Dystocie*. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1885.

ques voulues, est la conversion manuelle de la présentation. Ce procédé n'a qu'un seul inconvénient, celui de ne pas aboutir toujours. M<sup>me</sup> Lachapelle l'avait déjà fait remarquer ; cependant nous avons vu que dans la statistique de Mangiagalli il a donné quelques bons résultats. On peut se proposer par ce moyen d'attirer soit l'occiput, soit le menton. En se basant sur les raisons invoquées par Mangiagalli, on ne doit songer à baisser l'occiput que lorsque la présentation est encore élevée et que le diamètre occipito-mentonnier n'est pas complètement engagé. Quand la tête est dans l'excavation et que la déflexion est assez accusée, il est plus rationnel de s'adresser au menton.

On introduira, ainsi que le recommande M. le professeur Delore (1), la main dont la face palmaire embrasse le mieux la partie qu'il s'agit de faire descendre, le vertex ou la partie inférieure de la face. La partie saisie, on l'entraîne avec la main qui a été introduite dans l'utérus, tandis que de l'autre on presse sur la région hypogastrique pour l'obliger à pénétrer plus avant dans l'excavation.

Une fois la transformation effectuée, on peut, si les contractions utérines sont suffisantes, confier le reste du travail aux seules forces de la nature. Cependant si le menton regarde le sacrum, le procédé indiqué par Chiarléoni et Belluzzi nous semble devoir être suivi. On introduira la première branche du forceps sur la main qui a achevé la déflexion, et on terminera

(1) Delore. — *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1883.

l'accouchement comme dans les cas d'application de forceps dans les présentations de la face avec menton en arrière.

Quant au procédé de Hildebrand, recommandé par Nægelé et qui consiste à refouler avec les doigts une région de la tête pour permettre à l'autre de descendre, nous croyons son efficacité bien douteuse et nous pensons qu'il ne pourra guère que favoriser une transformation qui tendrait à s'effectuer d'elle-même. L'effort de deux doigts, quelque énergique qu'il puisse être, n'est pas suffisant pour lutter contre les forces utérines, c'est déjà ce qu'avait reconnu M<sup>me</sup> Lachapelle quand elle écrivait (1) : « Un ou deux doigts pouvaient-ils résister à tout l'effort des contractions utérines et abdominales ? » Tel est aussi l'avis de M. le professeur Bouchacourt.

Si la transformation manuelle a échoué à quel procédé devons-nous recourir ? Ici nous devons établir une distinction basée sur la hauteur de la tête qui peut-être descendue dans l'excavation ou arrêtée au D. S. quand on a à intervenir.

Dans le premier cas, c'est au forceps que nous devons donner la préférence ; si la tête repose sur le plancher périnéal et qu'elle ait accompli son mouvement de rotation, l'application de l'instrument se fera sur les parties latérales de l'ovoïde céphalique, sans offrir de difficulté. Une fois la tête saisie, on terminera l'accouchement en abaissant, suivant le conseil de Schroöder, le maxillaire supérieur jusqu'à ce qu'il

(1) M<sup>me</sup> Lachapelle. — *Mémoires* III, p. 407.

prenne un point d'appui contre le pubis, et en relevant ensuite les manches pour dégager l'occiput sur le périnée.

Si le mouvement de rotation n'a pas eu lieu, la tête étant cependant dans l'excavation, le forceps donnera généralement encore de bons résultats, car son application seule, dans ce cas, pourra suffire pour déterminer une correction de la présentation, et il sera bon de chercher celle-ci avant de faire exécuter à la tête sa rotation. Si les parties supérieures de la face se trouvaient en arrière et que par ce dernier procédé on ait abaissé le menton vers la région sacrée, il ne restera qu'à le ramener ensuite en avant, en agissant comme dans les mento-postérieures de la face non réduites. En pareil cas, M. le professeur Bouchacourt pense que si l'intervention était jugée nécessaire, il serait plus avantageux de combiner la rotation avec la descente amenée par la traction. Ce mouvement serait préférable à une réduction avec rotation horizontale tardive.

M. le professeur agrégé Poulet (1) a doté récemment l'obstétrique d'un nouveau forceps qui permet d'obtenir avec facilité la flexion ou la déflexion de la tête prise entre les cuillers. Grâce à l'indépendance des mouvements qu'il a donnée à chacune des branches de son instrument, l'accoucheur pourra exercer à son gré des tractions sur l'extrémité antérieure ou sur l'extrémité postérieure du diamètre occipito-fron-

(1) Poulet. — « Description d'un nouveau forceps. » *Archives de Tocologie* (août 1884).

tal et par conséquent abaisser à volonté soit la face, soit l'occiput.

Au détroit supérieur, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

Nous avons vu que fréquemment, dans la présentation du front, la tête engageait son diamètre longitudinal dans la direction du diamètre transverse du détroit. A ce niveau, on sera le plus souvent dans la nécessité de faire une application sur les parties latérales du bassin, la tête sera saisie dans le sens de ses plus grands diamètres, une cuiller portant sur la face, l'autre sur l'occiput. Dans ces conditions, l'écartement des branches du forceps sera très considérable, l'articulation difficile ; de plus, les efforts de traction auront pour effet de comprimer la tête dans le sens antéro-postérieur et d'empêcher la réduction de ses diamètres transverses. On sait, en effet, depuis les recherches de Delore et Labat que la tête se laisse d'autant moins réduire suivant un de ses diamètres que les diamètres perpendiculaires sont plus comprimés. La descente deviendra laborieuse et quelquefois même impossible. Nous ajouterons que le forceps à ce niveau, au lieu de faire suivre exactement à la tête l'axe du détroit supérieur et de l'excavation, que les recherches de Fabbri de Bologne (1) et de Sabatier (2) ont démontré aller du milieu du dé-

(1) Fabbri. *Quelques considérations obst. sur le bassin*. Memorie dell' Accademia delle scienze di Bologna, 1856.

(2) *Etude sur la descente dans les bassins normaux*. Thèse de Lyon, 1880.

troit supérieur à la pointe du coccyx, la fera buter plus ou moins contre le pubis ; nous ne serons pas étonnés alors que son application puisse demeurer infructueuse.

Nous nous sommes demandé, si dans de pareilles conditions le levier qui a été utilisé comme instrument de traction et de réduction, ne pourrait pas être de quelque secours, et si cet instrument méritait bien réellement l'exclusion formelle que lui ont vouée beaucoup d'auteurs. et que vient de lui renouveler encore Heinricius dans son récent travail. Nous n'avons pas eu de peine à nous convaincre du contraire : le levier convenablement appliqué peut offrir ici de sérieux avantages.

On s'en est servi tantôt dans le sens d'un levier du premier genre, tantôt dans celui d'un levier du troisième genre. Dans le premier cas, l'instrument prend son point d'appui sous le pubis et abaisse la tête par son extrémité terminée en cuiller, tandis que l'autre extrémité ou manche est relevée au-devant de la symphyse. C'était le procédé recommandé par Raffaële de Naples au congrès de Lyon en 1864. Nous comprenons aisément qu'appliqué de cette façon, l'instrument soit passible des reproches qu'on lui a adressés et qu'il ne puisse agir qu'en contusionnant à la fois et les parties molles de la vulve, le pubis, le plan du sacrum sur lequel la tête est refoulée et la tête fœtale elle-même.

Mais, si on l'emploie surtout comme levier du troisième genre et avec la façon de procéder qu'enseigne Fabbri de Bologne, presque tous les inconvé-

nients que nous avons signalés disparaissent. Voici quelle est la façon de faire de cet accoucheur : « La cuiller ou spatule étant appliquée sur la tête, la main droite empoigne le manche de l'instrument tandis que la gauche en saisit le col aussi près que possible de la vulve. Dès lors, les deux mains travaillent ensemble dans deux directions contraires. La main gauche empoigne et déprime comme pour fournir elle-même le point d'appui d'un levier du premier genre et empêcher autant que possible que le pubis ne devienne le point d'appui. La main droite soulève un peu le manche et représente la puissance. Mais lorsque ce manche est suffisamment soulevé, la main droite le fixe pour qu'il devienne le point d'appui d'un levier du troisième genre dont la puissance est représentée par la main gauche qui empoigne et déprime le col (de l'instrument). Lorsque l'action bien combinée et puissante des deux mains permet de supposer que l'instrument est bien appliqué, l'accoucheur tire à soi, lentement, avec attention et en tenant compte des contractions et des moments de calme de l'utérus, mais les deux mains ne cessent d'agir comme auparavant. »

Ainsi appliqué, l'instrument, selon les remarques de Fabbri lui-même, remplit à la fois l'action du levier du premier genre, celle du levier du troisième genre et de plus l'action attractive.

C'est déjà dans le but d'éviter son action nocive sur le méat urinaire que Herbiniaux avait fait attacher un lacs sur le milieu du levier : la main placée sur l'extrémité extérieure fournissait le point d'appui

et le laes tiré par l'autre main devenait la puissance.

Nous ferons remarquer que pour être inoffensif pour le fœtus, le levier doit être appliqué sur la région occipitale du crâne, depuis la saillie de l'occiput jusqu'à l'apophyse mastoïde. Dans ces limites, il n'occasionnera aucun dommage à la tête fœtale et offrira une prise beaucoup plus robuste que la main de l'accoucheur. D'un autre côté il ne comprimera pas la tête comme le forceps, et rendra par cela même, la progression de celle-ci plus facile. Nous avons pu nous convaincre de la réalité de ce fait, en engageant des têtes fœtales par le front sur le bassin en bronze, rétréci à des degrés tels que nous eussions de la peine à les faire descendre par des pressions puissantes exercées sur la tige fœtale prise en masse. Cette descente qui exigeait de violents efforts quand nous pressions la tête de l'intérieur vers l'extérieur du bassin, devenait facile par l'application du levier qui, après avoir converti la présentation, entraînait la tête tout entière dans l'excavation.

C'est d'ailleurs la conviction qu'avait acquise Tarnier lui-même, quand Fabbri vint exécuter ses expériences à Paris. Voici comment Tarnier s'exprime à ce sujet : « Sur un bassin rétréci artificiellement, nous plaçâmes une tête en présentation du sommet. J'appliquai le forceps sur cette tête, j'essayai de toutes mes forces et il me fut impossible de l'entraîner dans l'excavation. Le docteur Fabbri appliqua à son tour le levier et abaissa aussitôt la tête dans le petit bassin. Je renouvelai l'expérience et je déclare qu'avec cet instrument je fis descendre la

tête dans l'excavation avec une étonnante facilité. » On ne pouvait plaider en termes plus éloquents la cause du levier.

Nous avons dit que le levier devait être appliqué sur la région postéro-inférieure du crâne et non sur la face. Voici les raisons de cette exclusion sur la face, l'enfant étant vivant : le levier a une prise moins assujettie que celle du forceps, il glisse aisément et l'on risque, pendant les échappées, d'accrocher et de déchirer toutes les parties saillantes que l'on peut rencontrer : lèvres, narines, globes oculaires. Aussi, est-il de toute nécessité, comme le conseille Jacquemier (1), de ne jamais introduire un levier sans être parfaitement sûr du diagnostic de la position.

Voici d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Bouchacourt, que nous extrayons d'une note qu'il a bien voulu nous remettre à ce sujet : « Mais le procédé qui consisterait à presser sur la face, soit pour la refouler, soit pour l'accrocher, est éminemment dangereux ; il faut absolument s'en défier, on ne l'a pas assez dit. »

Donc, quand la tête en présentation frontale est arrêtée au détroit supérieur, après avoir subi un commencement d'engagement et que l'application du forceps sera difficile ou n'aura pas abouti, nous croyons que l'usage du levier, employé selon les règles que nous venons d'indiquer, pourra rendre d'utiles services.

(1) Jacquemier. Art. Levier. *Dict. Encycl. des Sciences médicales*. Dechambre.

Le levier pourrait être utilisé encore, quand la tête a pénétré dans la cavité pelvienne, surtout quand elle se trouve, à ce niveau, en situation transversale ; mais nous avons vu qu'en général, dans ces cas, l'occiput était plus difficile à abaisser que le menton et, comme le levier ne peut être employé sans danger pour l'enfant que sur la région occipitale, nous pensons qu'en pareil cas, il sera plus avantageux de recourir à la conversion manuelle ou à l'application du forceps qui aboutiront le plus souvent.

On peut, si l'on n'a pas de levier à sa disposition, se servir dans ce sens d'une des branches du forceps.

La version a été peu pratiquée dans les présentations frontales, malgré les conseils de quelques accoucheurs : 5 fois seulement sur les 202 cas de Heinricius, et 2 fois sur les 64 cas de Mangiagalli ; nous nous expliquons la rareté de ce mode d'intervention par les raisons suivantes : si la tête est libre encore, si la poche des eaux n'est pas rompue et s'il n'existe pas de rétrécissement, la version sera facile, mais elle ne nous paraît pas suffisamment justifiée. A ce moment, la transformation de la présentation peut se produire par elle-même ou artificiellement à l'aide d'un procédé moins énergique. On doit simplement chercher à prévenir l'écoulement prématuré des eaux et faire prendre à la femme une position qui favorise la transformation de la présentation du front en une présentation plus favorable. En ceci, nous sommes d'accord avec Heinricius. Cependant, dans les cas de rétrécissement, on pourrait se demander si, puisque la présentation est déjà elle-même

défectueuse, il n'y aurait pas avantage à pratiquer la version, alors que la tête est libre encore ; mais ceci nous entraînerait dans la grande question de l'intervention dans les bassins rétrécis, que nous ne voulons pas discuter ici. Si la tête est engagée, la version deviendra difficile et souvent même impossible, comme il est arrivé dans le cas de notre observation V.

M. le professeur Bouchacourt pense cependant que la version peut trouver des indications à cette période du travail, où la tête n'étant plus complètement libre, n'est pas cependant entièrement fixée, dans les cas, par exemple, où il survient quelque accident qui nécessite une prompte terminaison de l'accouchement.

Quant à la craniotomie, elle sera réservée pour les cas où le forceps et le levier auraient échoué. Il faudra quelquefois savoir se décider à la pratiquer malgré la vie de l'enfant. Ce mode d'intervention, qui exige beaucoup de décision et de fermeté de la part de l'accoucheur, car ce n'est pas sans quelque émotion qu'il peut se résoudre à ouvrir le crâne d'un fœtus qu'il sait vivant, est autorisé par le peu d'enfants qui survivent dans ces présentations, alors surtout qu'on s'est livré sur eux à des tentatives d'extraction répétées. Une temporisation trop longue en ce cas, tout en ne donnant que des chances très minimes de vitalité pour l'enfant, exposerait très gravement la vie de la mère.

A propos de la craniotomie, Belluzzi fait observer qu'il s'est bien trouvé du cranioclaste de préférence au céphalotribe, après la perforation du crâne dans

un cas de dilatation incomplète du col. Cet instrument d'une application plus facile, lui a permis de tourner la tête dans le bassin, d'amener la face en avant et de la dégager comme dans l'accouchement par le front.

---

## CHAPITRE VI

### OBSERVATIONS

Nous donnons ici neuf observations de présentations frontales ; huit ont été recueillies, soit à la clinique d'accouchements, soit à la maternité de Lyon. La neuvième, qui porte le n° III dans notre travail, est extraite de la thèse de Budin.

Quatre de ces observations (les trois premières et la neuvième), ont donné lieu à un accouchement par le front. Dans les autres, l'accouchement s'est terminé, soit spontanément, soit à l'aide du forceps, en présentation occipitale.

### OBSERVATION I

Accouchement spontané par le front. — Mort de la mère et de l'enfant  
(recueillie à la clinique)

Gabrielle R..., 26 ans, lingère, entre à la clinique d'accouchements le 14 février 1884, à 9 heures du soir.

Bonne santé habituelle. Régliée à 14 ans et demi, menstruation toujours régulière — Primipare.

Epoque des dernières règles, le 20 avril 1883, ventre régulièrement développé. — Quelques vergetures, ligne brune peu accentuée. — Dos du fœtus à droite, petites parties à gauche.

Premiers mouvements à 4 mois  $1/2$  ; maximum des bruits du cœur, à droite et au-dessous de l'ombilic.

A son arrivée, elle déclare qu'elle est aux douleurs depuis 9 heures du matin. Au toucher, on constate un col mince, dilaté à 1 centimètre  $1/2$  ; la poche des eaux est formée. La tête est encore très élevée, non engagée. La malade a des douleurs très vives, se succédant toutes les 15 minutes. Le travail marche pourtant lentement et ce n'est que le 15, à 3 heures du matin, que le toucher donne des renseignements précis.

A ce moment, le col est dilaté à 2 centimètres  $1/2$ , on trouve près du centre du bassin la grande fontanelle; en se portant un peu à gauche et en avant vers le pubis, on arrive sur le front et les orbites. Les douleurs sont vives.

A 6 heures  $1/2$ , la dilatation est à 5 centimètres, le mouvement de déflexion s'est accentué et le nez apparaît sous le pubis.

A 9 heures, le col est franchi en arrière, la poche des eaux se rompt. La tête descend au bas de l'excavation; la grande fontanelle, par suite du mouvement de déflexion, s'éloigne en arrière, tandis que le maxillaire supérieur se montre sous le pubis; le menton reste derrière la symphyse formant une sorte de cran d'arrêt.

A 11 heures 45, l'occiput apparaît sur la commissure postérieure de la vulve. La tête s'est dégagée suivant les diamètres mento-frontal, mento-bregmatique, mento-occipital. Le menton, qui était resté immobile derrière le pubis, descend ensuite.

Durée du travail : 12 heures.

Enfant du sexe masculin, plus qu'étonné ; bains, frictions, insufflations. On parvient à le ranimer.

Face aplatie — thrombus frontal — (voir plus haut, dans le texte, la forme qu'affectait la tête après sa sortie).

*Diamètres*

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Bi-pariétal .....   | 9      |
| Bi-temporal .....   | 9      |
| Trachelo-bregm..... | 9 1/4  |
| Occ.-frontal.....   | 11 3/4 |
| Occ.-ment.....      | 11     |

Poids : 3 kilog. 420 ; long. : 49 centimètres.

Les parois vaginales ont été fortement contusées par les grands diamètres de la tête. Le dégagement a surtout été favorisé par les pressions exercées avec les mains soutenant de loin et de haut le périnée qui, du reste, n'a pas cédé.

Inflammation consécutive de forme contusive et, plus tard, pultacée de la muqueuse vaginale, surtout à la paroi postérieure, au niveau et au-dessus de la fourchette.

Le second jour, après l'accouchement, élévation de la température ; mort de la mère, le 8<sup>me</sup> jour, dans un état typhique, avec subdélirium, météorisme et sensibilité du ventre.

*Autopsie.* — Légère inflammation péritonéale, sans pus, utérus bien revenu. Insertion placentaire en avant et à gauche. Lèvre antérieure du col très gonflée. Quelques grains purulents à la coupe ; au niveau des lymphatiques du hile, exsudats interstitiels.

Les grandes lèvres et les petites, surtout au niveau de la fourchette, sont couvertes de petites eschares. Rien dans les autres organes : poumons, plèvre, endocarde, cerveau, etc.

L'enfant meurt le même jour que la mère, il n'a pu prendre le sein ; sous la langue et à gauche on trouve une ulcération grisâtre.

Dans cette observation, la descente de la face en avant, sous le pubis, paraît avoir été plus considérable que dans les cas ordinaires d'accouchement par le front, car le point de rotation semble avoir été fourni, non par le maxillaire supérieur, mais par le maxillaire inférieur.

## OBSERVATION II

Accouchement spontané par le front. — Mort de la mère  
(Recueillie à la clinique)

L. Virginie, 24 ans, entre à la clinique le 3 janvier 1885. Taille moyenne, bonne constitution. Menstruation régulière. Il y a deux ans, avortement à 5 mois.

Dernières règles au mois de mars; quelques troubles dyspeptiques pendant la grossesse.

Ventre volumineux, utérus un peu incliné à droite. Premiers mouvements à 4 mois et demi. Bruits du cœur à gauche, ainsi que le dos. Tête au D. S.

Mensuration externe du bassin; entre les deux crêtes, 27 cent.; entre les deux épines, 23. Diamètre conjugué externe, 19 cent.

Grossesse à terme.

Début des douleurs, le 2 janvier, à 6 heures du matin. Le 3 janvier, à 4 heures du soir, au moment de son entrée à la clinique, on trouve l'orifice externe du col dilaté à 3 cent.; la poche des eaux est saillante; la tête haute, mobile. On sent les sutures, mais on ne peut diagnostiquer de position. On arrive par le toucher sur l'angle sacro-vertébral et on croit reconnaître un léger degré de rétrécissement.

A 7 heures du soir, la tête est toujours très élevée et mobile, l'anneau de Bandl s'est dilaté; à 9 heures, douleurs et contractions excessives; la malade ne peut pas supporter les

bains de siège. La tête, quoique élevée, se fixe; on sent la grande fontanelle qui est presque au centre de l'excavation, la suture sagittale dirigée du côté gauche, le front à droite et un peu en arrière.

A 10 heures du soir, rupture de la poche des eaux, à 11 heures, les douleurs sont très fortes. Agitation extrême. La tête ne descend pas.

Le 4 janvier, à 1 heure du matin, l'agitation est telle qu'on donne du chloral; à 3 heures, le travail se termine spontanément après une durée totale de 43 heures. Le front, qui était en arrière et à droite, a exécuté un mouvement de rotation qui a amené le maxillaire supérieur derrière la symphyse. A ce moment, descente de l'occiput qui se dégage sur la commissure postérieure de la vulve; puis, descente du maxillaire inférieur.

Garçon vigoureux, qui vient le front en avant, avec une bosse sanguine énorme sur le frontal droit. L'œil du même côté est boursoufflé.

*Diamètres :*

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| Bi-pariétal : .....       | 11. cent. |
| Bi-temporal .....         | 10        |
| Trachelo-bregm .....      | 9         |
| Occipito-frontal .....    | 11 3/4    |
| Occipito-mentonnier ..... | 12,5      |
| Fronto-mentonnier .....   | 10        |

Poids : 3 k. 800.

Longueur : 0,47 cent.

Délivrance une demi-heure après, par expression Placenta en raquette, 520 gr., cordon normal 0,55 cent. Immédiatement après la délivrance, état de la mère, bon; pas de déchirure périnéale.

La température s'élève le deuxième jour après l'accouchement, la malade présente des phénomènes de septicémie. Douleurs abdominales, céphalée, météorisme, crampe des

mollets, constipation, facies altéré, miction spontanée impossible. Malgré les lavages antiseptiques les plus rigoureux, tous ces phénomènes vont en s'aggravant et elle succombe le cinquième jour.

A l'autopsie, on constate une péritonite purulente, surtout développée à gauche avec 500 gr. environ de liquide dans le péritoine.

L'utérus est volumineux ; à la coupe, on fait sourdre du pus, au niveau des trompes. Pas de rupture du col, mais au niveau de l'anneau de Bandl, déchirure superficielle intéressant la muqueuse et les fibres sous-jacentes sur une étendue d'une pièce de 1 franc.

L'ovaire droit est sain, l'ovaire gauche est volumineux, de la grosseur d'une mandarine ; il a un aspect ecchymotique, sa surface est mâchée et contuse et, en l'examinant, on trouve dans son intérieur une poche contenant du sang.

*Diamètres intérieurs du bassin :*

|                                                       |        |
|-------------------------------------------------------|--------|
| Détroit supérieur. — Conjugué vrai.....               | 10 1/4 |
| — Transverse.....                                     | 13     |
| — Oblique.....                                        | 12     |
| Au détroit inférieur tous les diamètres sont normaux. |        |

OBSERVATION III

Présentation du sommet. — Tête défléchie. — Variété frontale  
(Tirée de la thèse de Budin (Obs. LXVII) Paris, 1876)

La nommée Françoise P..., âgée de 25 ans, enceinte pour la seconde fois, accoucha à la Maternité, le 18 octobre 1875. Bassin normal. Le premier accouchement a eu lieu sans aucune difficulté. Les dernières règles datent du 6 au 8 janvier. Les premières douleurs apparaissent le 17 octobre, à 8 heures du soir. Le 18, à 6 heures du matin, les membranes

se rompent spontanément. En examinant cette femme, à 8 heures 1/4 du matin, nous constatons, par le palper, que la tête est en bas, au-dessus du détroit supérieur. On la reconnaît très nettement, ses deux extrémités font saillie transversalement, l'une à droite l'autre à gauche; celle qui est dirigée à gauche est beaucoup plus marquée. Comme les parois abdominales sont assez souples, en poussant plus loin la palpation on sent que cette partie qui est à gauche fait proéminence à une certaine distance de la face antérieure du tronc. Le dos est dirigé à droite, légèrement incliné en avant. A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur à droite, à une certaine hauteur, presque au même niveau que l'ombilic. Au toucher, la partie fœtale est très élevée; on reconnaît manifestement la tête, ses os, ses sutures. On arrive sur la fontanelle antérieure qui est juste au centre du bassin; la suture sagittale est placée tout à fait transversalement. En la suivant, on arrive à gauche sur le front qui est à l'extrémité transversale du détroit supérieur. On peut même, en enfonçant la main atteindre l'arcade sourcilière et la racine du nez. Du côté opposé on ne peut, en suivant la suture sagittale, arriver qu'avec peine jusqu'à la pointe de l'occiput.

Les douleurs étant devenues assez vives, à 9 heures 40, on trouva la fontanelle antérieure, non plus au centre du bassin, mais rapprochée du bord droit du détroit supérieur. La tête est du reste toujours située transversalement.

A 10 heures, l'on trouve la fontanelle antérieure tout près du bord droit du détroit supérieur; le front est donc au centre du bassin. A gauche, on trouve le nez et on arrive jusqu'à l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur. La suture frontale est encore placée transversalement, le menton restant toujours au-dessus du bord gauche du détroit supérieur.

Tout à coup, à 10 heures 5, à la suite d'une violente contraction, la femme crie qu'elle accouche. En effet, la tête a pénétré dans l'excavation, est arrivée au détroit inférieur et, le front tourné maintenant en avant, placé au-dessous de la

symphyse pubienne et à la vulve. Une minute après une nouvelle douleur survient, *le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est appliqué sous le bord inférieur de la symphyse*; les arcades sourcilières, le nez et le maxillaire supérieur font saillie hors de la vulve et le mouvement de sortie s'arrête. Une nouvelle contraction arrive; le vertex puis l'occiput se dégagent au devant de la commissure antérieure du périnée. Cela fait, la tête s'abaisse et le maxillaire inférieur qui était resté derrière la symphyse pubienne sort à son tour. L'enfant, pourrait-on dire, mordait la symphyse. La tête reste ainsi sortie, l'occiput dirigé en arrière. Après quelques instants une nouvelle contraction utérine survient. L'occiput tourne alors à droite, le front à gauche, les épaules s'engagent et sortent ainsi que le tronc.

L'enfant, du sexe féminin, est un peu violacée; elle crie, on la laisse largement respirer; au bout de 1 minute  $1/2$ , les battements du cordon cessent; 2 minutes après, on lie et sectionne la tige funiculaire. Bosse sanguine sur le front, depuis la fontanelle antérieure jusque près de la base du nez. Lorsqu'on appuie sur le maxillaire inférieur, on éprouve un soubresaut; cet os glisse et place son arcade au-dessous de celle du maxillaire supérieur. C'est alors qu'on sent un choc du côté de la voûte du crâne. Les deux pariétaux chevauchaient fortement l'un sur l'autre, le gauche avait glissé sous le droit et ce dernier faisait une saillie très marquée.

Les deux pariétaux au niveau de leur bord antérieur s'enfonçaient sous le frontal. Ce dernier os était donc placé sur un plan supérieur à celui des pariétaux.

*Diamètres de la tête après l'accouchement*

|                    |      |
|--------------------|------|
| Bi-pariétal.....   | 8,6  |
| Bi-temporal.....   | 7,4  |
| S.-occ.-bregm..... | 9,3  |
| Occ.-frontal ..... | 12   |
| Occ.-ment.....     | 12,2 |
| Poids: 3 k. 105.   |      |

#### OBSERVATION IV

Présentation frontale terminée par le forceps en O I G A. — Bassin rétréci  
(Recueilli à la clinique)

Marie Mon..., 28 ans, repasseuse, entre à la clinique le 6 novembre 1882.

Primipare. Santé un peu délicate ; troubles gastriques habituels, beaucoup de pertes blanches.

Premières règles à 15 ans. Menstruation irrégulière, peu abondante.

Dernières règles au mois de février 1882. Grossesse pénible, troubles gastriques, œdème des membres inférieurs à partir du troisième mois ; cet œdème a disparu un mois avant l'accouchement.

Bruits du cœur du fœtus à gauche, maximum à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

La malade présente un rétrécissement du bassin ; le diamètre antéro-postérieur est ramené à 9 centimètres. Distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures, 23 cent. ; entre les deux crêtes iliaques, 25 cent. 1/2. Diamètre conjugué externe, 18 cent.

Les douleurs ont débuté le 6 novembre, vers 10 heures du matin. Depuis le 28 octobre la malade perdait de temps à autre un peu de liquide amniotique, cependant, au moment des premières douleurs, on sent par le toucher que les membranes sont intactes au niveau du col, le doigt est ramené couvert de méconium ; on songe pendant quelques instants à une présentation du siège, mais un toucher plus complet fait sentir la tête, encore élevée avec la grande fontanelle à droite, elle est très large, les bords des pariétaux sont très saillants et très durs. On ne peut sentir la petite fontanelle ; bosses frontales à droites et un peu en arrière.

A midi, la tête n'est pas fixée, le col est dilaté à deux fracs.

A 8 heures du soir, la dilatation est complète, on ne retrouve le col qu'un peu à droite. La tête est engagée, mais sa rotation n'est pas commencée, elle est toujours défléchie et la *fontanelle antérieure* près du centre de l'excavation.

A 8 heures 1/2, application du forceps. L'absence de rotation donne quelques difficultés. Extraction du fœtus en O I G A.

Incision libératrice sur la vulve à droite.

Enfant du sexe masculin; il est violacé et met plusieurs minutes avant de respirer régulièrement. Bosse sanguine très développée sur le frontal.

*Diamètres*

|                      |        |
|----------------------|--------|
| Bi-pariétal.....     | 9      |
| Bi-temporal.....     | 8      |
| Trachelo-bregm.....  | 11     |
| Sous-occ.-bregm..... | 10 1/4 |
| Sous-occ.-front..... | 10,5   |
| Occ.-ment.....       | 14     |

Délivrance par expression 10 minutes après l'accouchement, normale. Fourchette intacte, suites heureuses.

Le forceps a transformé la position défléchie en présentation occipitale franche, aussi la tête ne nous présente-t-elle pas les mêmes déformations que dans les observations précédentes.

## OBSERVATION V

Présentation frontale. — Bassin rétréci — Forceps  
(Recueillie à la maternité)

Augustine M., 33 ans, couturière, entre à la Maternité le 14 juin 1882.

Taille moyenne, pas de trace de rachitisme. Interrogée sur ses antécédents, elle dit avoir marché seulement à l'âge de 5 ans. Santé délicate jusqu'à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, état excellent. Menstruation établie à 16 ans, régulière.

Multipare, 4<sup>me</sup> grossesse, ses trois premiers enfants sont nés à terme spontanément, mais le travail a toujours été pénible et deux de ses enfants sont morts, l'un au moment de l'accouchement, l'autre quelques jours après.

Dernières règles au mois d'août, quelques lassitudes dans les membres inférieurs durant cette dernière grossesse.

Début des douleurs le 12 juin. Le 14 juin, à 4 heures du matin, l'engagement ne paraissait pas devoir se faire ; l'accoucheuse, lasse d'attendre, rompt la poche des eaux.

A 7 heures du soir, on fait appeler un médecin qui tente en vain une application de forceps. Il conduit alors la parturiente à la Charité.

Là, M. Fochier, chirurgien en chef de l'hospice, l'examine ; il constate l'existence des bruits du cœur de l'enfant à gauche et un engagement du front au D. S. avec le diamètre occipito-frontal parallèle au diamètre transverse. Le diamètre sacro-sous-pubien mesure sans déduction 10 c. et 1/4. Il fait anesthésier la malade, le 15 juin, à une heure du matin, et applique le forceps. Traction progressive jusqu'à 50 kilog. A ce moment, le forceps lâche prise et glisse ; nouvelle introduction, nouveau glissement. Les bruits du cœur faiblissant, il tente la version mais ne peut saisir les

pieds; l'orifice interne est rétracté au-dessus de la tête et résiste.

On revient de nouveau au forceps : l'utérus est maintenu solidement sur la ligne médiane, la tête est saisie, et, par des tractions faites sur un seul lacs, elle descend en se fléchissant un peu. Le dégagement a lieu transversalement, une circulaire très serrée entoure le cou du fœtus.

Le reste du corps expulsé, l'enfant ne donne plus signe de vie; tous les soins pris pour le ranimer demeurent inutiles. Délivrance, par expression, au bout de quelques minutes. La malade perd un peu de sang, mais la perte est bientôt arrêtée par des frictions sur le corps de l'utérus et une injection sous-cutanée d'ergotine.

Terminaison de l'accouchement le 15, à 2 heures du matin.

Poids de l'enfant qui est du sexe masculin : 3 kil. 900 gr.

*Diamètres de la tête :*

|                   |    |              |
|-------------------|----|--------------|
| Bi-pariétal.....  | 9  | centimètres. |
| Occ.-frontal..... | 12 | —            |
| Occ.-ment.....    | 13 | —            |
| S.-occ.-breg..... | 9  | —            |
| Trach.-breg.....  | 11 | —            |

Bosse sanguine sur le front; aplatissement oblique de cette région produit par une des branches du forceps.

La malade sort le 6 juillet, en parfait état.

OBSERVATION VI

Présentation de la face devenue frontale et terminée en occipitale franche  
par le forceps  
(Recueillie à la Clinique)

Marie R. . . , 23 ans, taille moyenne, bonne constitution, entre à la clinique le 11 décembre 1884.

Primipare, dernières règles le 20 mars, grossesse bonne,

ventre volumineux, tendu, beaucoup de vergetures, utérus assez fortement dévié à droite.

Le maximum des bruits du cœur est à droite, un peu au-dessous de l'ombilic. Exostose de forme aplatie, étalée sur la partie droite du bassin, au niveau de l'épine sciatique.

Début des douleurs le 11 décembre ; à 11 heures du soir, on trouve au palper, dos à droite, tête au D. S. ; au toucher, col ramolli, dilaté à 2 centimètres, poche des eaux commençant à se former. La tête est située très haut, on y arrive pourtant. Le doigt rencontre une surface ovalaire molle (globe oculaire), une petite saillie mobile (aile du nez), plus en arrière et à gauche, une cavité (bouche). On répète plusieurs fois le toucher, malgré les douleurs qui deviennent de plus en plus fortes, et on s'assure pleinement de la présence du front à droite et du menton à gauche et un peu en arrière. On diagnostique une mento-gauche postérieure.

Le 12, à 3 heures du matin, la tête s'abaisse un peu et arrive au tiers moyen, mais la position ne change pas.

A 4 heures, les contractions étant toujours très fortes, la poche des eaux se rompt.

A 5 heures, les bruits du cœur du fœtus commencent à se précipiter, la position reste la même ; le front a cependant plus de tendance à descendre que le reste de la face ; il est venu plus en avant et est le siège d'un empâtement énorme.

A 6 heures, M. le professeur Bouchacourt applique le forceps, la branche droite est introduite la première ; l'introduction de la seconde branche est difficile mais détermine la rotation de la tête. Quelques tractions suffisent pour terminer l'accouchement en présentation du sommet.

Fille en état de mort apparente, du poids de 3 kil. 750. On la ramène aisément à la vie.

*Diamètres de la tête.*

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Bi-pariétal . . . . . | 10.5 |
| Bi-temporal . . . . . | 9.5  |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| S.-occ.-breg..... | 8.5 |
| Occ.-frontal..... | 12  |
| Occ.-ment.....    | 11  |

Délivrance par expression, 1/4 d'heure après l'accouchement. Déchirure du périnée. 4 points de suture immédiatement après la délivrance.

Suites excellentes pour la mère et pour l'enfant.

*Diamètres du bassin pris au moment où la mère quitte le service.*

|                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| Entre les deux épines iliaques antéro-sup <sup>re</sup> . | 23 cent. |
| Entre les deux crêtes.....                                | 27 —     |
| Diamètre conjugué externe.....                            | 21 —     |

La distance qui sépare les deux épines sciatiques intérieurement est au moins de un centimètre inférieure à la distance normale; l'angle sacro-vertébral ne peut être atteint.

Cette observation nous montre une présentation franche de la face se convertissant, sous l'influence du travail, en présentation du front et se dégageant en présentation du sommet après l'application du forceps. Le bassin avait présenté, comme particularité, une exostose sur l'épine sciatique droite.

#### OBSERVATION VII

Présentation frontale convertie spontanément en présentation occipitale  
(Recueillie à la clinique)

Marie Ver... 32 ans, couturière, d'une constitution robuste, entre à la clinique au mois d'avril 1881.

Multipare, 2 grossesses antérieures bonnes. Dernières règles le 5 juillet. Pas de malaises pendant cette grossesse.

A son entrée, on reconnaît la présence de la tête au D. S. Les mouvements du fœtus ont été perçus à gauche, le maximum des bruits du cœur est à droite, un peu au-dessous de l'ombilic, le ventre est très volumineux, tendu et le palper obscur.

Début du travail, le 6 avril, à 2 heures du matin. A 7 heures et demie du soir, la dilatation étant très avancée, on fait la rupture artificielle de la poche des eaux. A partir de ce moment, les douleurs, qui jusque-là n'avaient pas été bien fortes, prennent une grande intensité. La dilatation devient complète, la tête s'abaisse mais elle est défléchie, on sent nettement la grande fontanelle à gauche légèrement en arrière, le front est de ce côté.

Les battements fœtaux s'entendent à droite, près de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

A 11 heures, apparition de fortes douleurs, le travail avance et la tête se dégage, à 11 heures 10, en O I D A, après une flexion spontanée.

Garçon bien portant, très fort, poids : 4 k. 830, long. : 55 c.



*Diamètres de la tête*

|                     |    |
|---------------------|----|
| Bi-pariétal.....    | 10 |
| Bi-temporal.....    | 9  |
| Trachelo-bregm..... | 11 |
| S.-occ.-bregm.....  | 10 |
| Occ.-frontal.....   | 11 |
| Occ.-ment.....      | 14 |

Bosse sanguine sur le frontal, surtout à gauche. Délivrance 10 minutes après, par expression. Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

La présentation, qui d'abord était frontale, est devenue spontanément, par la suite du travail, franchement occipitale.

### OBSERVATION VIII

Présentation frontale. — Tête petite. — Forceps. -- Dégagement en occipitale franche  
(Recueillie à la clinique)

Gui..., Marie, 19 ans, domestique. Bonne santé antérieure, entre à la clinique le 17 novembre 1883.

Réglée à 12 ans. — Menstruation régulière.

Primipare. — Dernières règles à la fin de février. Grossesse normale.

L'utérus est dévié à droite.

Dos du fœtus à droite. Petites extrémités à gauche. Tête au D. S. Premiers mouvements de l'enfant à 4 mois 1/2.

Les battements du cœur ont leur maximum au-dessous de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane.

Vagin très lubrifié. Les douleurs ont commencé la veille à 5 heures du soir.

Au moment de l'entrée, à huit heures 1/2 du matin, la dilatation est complète, et on sent la tête dans l'excavation. Il semble qu'on arrive sur la fontanelle antérieure, mais un thrombus très volumineux empêche l'exploration exacte.

A 10 heures, le travail n'a fait aucun progrès, à 11 heures les douleurs se ralentissent entièrement.

A midi, mouvement de déflexion qui permet de sentir derrière le pubis, et un peu à gauche, le nez et les orbites. A midi 1/2, on applique le forceps et l'accouchement se termine avec deux incisions libératrices sur les grandes lèvres. L'occiput se dégage le premier sur le périnée.

Durée du travail, 17 heures.

Fille en état de mort apparente, cyanosée. Bains chauds, respiration artificielle, elle revient au bout de 5 minutes.

Bosse sanguine sur la fontanelle antérieure. Poids : 2 k. 450 gr.

*Diamètres*

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Bi-pariétal.....    | 7 1/2 |
| Bi-temporal.....    | 7     |
| Trachelo-bregm..... | 8 1/2 |
| S.-occ.-bregm.....  | 7 1/4 |
| Occ.-frontal.....   | 9     |
| Occ.-ment.....      | 11    |

Délivrance normale. Insertion velamenteuse du cordon. Fourchette intacte. La malade a dû être sondée le premier jour. Le second jour elle put uriner seule. Mort de l'enfant le cinquième jour.

La mère quitte l'hôpital le onzième jour bien remise.

Dans cette observation, nous trouvons un bassin normal avec un enfant petit, dont le poids n'était que de 2 k. 750, et le diamètre bi-pariétal de 7 1/2. Le ralentissement des contractions utérines nécessita l'intervention.

OBSERVATION IX

Accouchement par le front. — Forceps. — Tête petite. — Primipare  
(Recueillie à la clinique)

Joséphine Du..., 25 ans, repasseuse, demeurant à Lyon, entre à la clinique d'accouchements, le 8 avril, à une heure après minuit. Elle dit être en travail depuis la veille, à 9 heures du matin.

Santé antérieure bonne; cependant, la menstruation, qui s'est établie à 17 ans, a toujours été un peu irrégulière. Bassin normal, pas de difformité ni du tronc ni des membres.

Les dernières règles datent du commencement du mois

d'août; la grossesse, qui a eu lieu sans accident, ne paraît pas remonter au delà de 8 mois.

Ventre régulièrement développé, utérus très légèrement dévié à droite, son fond remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Premiers mouvements de l'enfant, au mois de janvier, se manifestant surtout à gauche.

Au palper, tête au D. S., petites parties à gauche. Bruits du cœur à gauche, près de la ligne médiane, à deux travers de doigt aux-dessus de l'ombilic, ils paraissent confus et lointains.

Au toucher, dilatation complète, la poche des eaux fait une saillie assez considérable, la tête est engagée. La crainte d'amener une rupture de la poche, qui est très tendue, empêche, à ce moment, une constatation plus exacte de la présentation et de la position. Douleurs énergiques.

A 2 heures du matin, écoulement spontané des eaux, la tête descend au  $\frac{1}{3}$  moyen de l'excavation. En explorant avec le doigt la surface qui se présente, on trouve qu'elle est lisse et arrondie sur la partie moyenne, mais en portant le doigt à gauche et un peu en avant, on sent des inégalités que l'on reconnaît être la racine du nez et les arcades orbitaires. La suture médio-frontale est dans le diamètre oblique gauche du bassin. En la suivant, on arrive sur la grande fontanelle qui est en arrière et à droite.

A 4 heures, la tête a peu avancé, malgré l'énergie des contractions. Une tumeur sanguine, assez volumineuse, se forme sur la région qui est à la partie déclive.

A 6 heures, douleurs expulsives violentes; la tête ne descend pas; un thrombus très volumineux s'est formé; la sensation, fournie par la grande fontanelle, devient plus vague, mais elle occupe toujours la même situation par rapport au bassin. Aucune tendance à la flexion ni à la déflexion. Les bruits du cœur ne faiblissent pas.

A 7 heures, les douleurs se ralentissent, on appelle le chef de clinique qui, outre la présentation et la position, reconnaît la présence d'une main fortement serrée entre la tête et

la face interne du pubis. Il ne peut la refouler que médiocrement.

Application du forceps qui se fait d'ailleurs sans difficulté ; l'instrument achève le mouvement de rotation, et sous l'influence de quelques tractions, le front tout entier se montre à la vulve.

A ce moment, on se dispose à faire deux incisions libératrices sur les grandes lèvres, quand survient brusquement une violente contraction qui expulse la tête, toujours saisie entre les branches de l'instrument. L'occiput se dégage en arrière pendant que le reste de la face descend en avant.

Le périnée cède et se déchire sur presque toute son étendue ; le reste du corps vient ensuite sans difficulté. La main gauche, qui était repliée sur la région latérale de la tête, ne met aucun obstacle au dégagement des épaules.

Naissance d'une fille vigoureuse. Thrombus frontal très développé, surtout à gauche. La tête présente la forme triangulaire indiquée par Belluzzi.

*Diamètres :*

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Bi-pariétal . . . . .          | 7      |
| Bi-temporal . . . . .          | 6 3/4  |
| Trachelo-bregmatique . . . . . | 9      |
| S.-occip.-breg . . . . .       | 8 1/2  |
| Occ.-frontal . . . . .         | 10 1/2 |
| Occipito-mentonnier . . . . .  | 12     |

Poids : 2 k. 700.

Longueur : 45 cent.

Délivrance, 45 minutes après l'accouchement. Rien d'anormal du côté des annexes ; suites heureuses pour la mère et l'enfant.

---



## CONCLUSIONS

---

Nous pouvons, ce nous semble, résumer cette étude dans les propositions suivantes :

1° La transformation des présentations frontales en présentations du sommet ou de la face est fréquente ; elle l'est moins cependant que ne paraissent l'admettre la généralité des accoucheurs français, puisque d'après les différentes statistiques que nous avons pu consulter, près du tiers de ces présentations se sont terminées en accouchement par le front, soit spontanément, soit à l'aide du forceps ;

2° L'accouchement spontané par le front, quoique difficile, est donc possible, même chez les fœtus à terme, et ainsi que l'a démontré Mangiagalli, les difficultés paraissent siéger surtout au détroit inférieur, là où le diamètre occipito-mentonnier est obligé de basculer ;

3° Cet accouchement se fait par un mécanisme

spécial qu'il est utile de connaître en cas d'intervention. Le rôle capital qui est dévolu à l'occiput ou au menton dans les présentations du sommet ou de la face, est rempli ici par le maxillaire supérieur. La tête subit une déformation particulière qui consiste dans la diminution du diamètre occipito-mentonnier et l'allongement du diamètre occipito-frontal ;

4° Parmi les différentes causes assignées aux présentations frontales, une large part nous semble devoir être faite aux rétrécissements du bassin et à la disproportion entre les diamètres transverses de la tête et le diamètre conjugué vrai du détroit supérieur ;

5° Le pronostic doit être très réservé, surtout pour les enfants dont près de la moitié succombent ; aussi, dès qu'une présentation de ce genre est constatée, l'accoucheur doit-il suivre avec attention la marche du travail et se tenir prêt à intervenir, s'il voit la femme s'épuiser en violents efforts, l'enfant souffrir et la tête ne pas avancer ;

6° Il essayera d'abord la transformation bi-manuelle de la présentation : si la tête est élevée encore, il cherchera à abaisser l'occiput, mais quand le diamètre occipito-mentonnier est complètement engagé, il sera plus facile d'abaisser le menton ;

7° Si ces moyens n'aboutissent pas, c'est au forceps qu'il devra recourir, notamment quand la tête est dans l'excavation. Il se conduira d'une façon un peu différente selon que la face est tournée en avant ou en arrière. Dans le premier cas, il fera exécuter à la

tête les mouvements qu'elle doit accomplir dans l'accouchement par le front ; dans le second, mieux vaudra chercher une transformation de la présentation entre les branches de l'instrument ;

8° Au détroit supérieur, le levier convenablement appliqué, peut rendre d'utiles services ;

9° La version n'a été pratiquée que dans un nombre de cas restreints, et elle ne paraît avoir des indications, en dehors des cas de rétrécissement, que pendant une période du travail assez courte, qui correspond à ce moment où la tête n'étant plus libre n'est pas cependant encore complètement fixée ;

10° Dans les cas rares où la tête aurait résisté à ces différents moyens, il faudra recourir à la craniotomie, et cela quelquefois même malgré la vie de l'enfant, comme le conseille Schroöder, si l'existence de la mère paraît sérieusement compromise par la prolongation indéfinie du travail.

VU BON A IMPRIMER :

*Le Président de la Thèse,*

BOUCHACOURT.

VU : Pour le Doyen :

*L'Assesseur,*

CROLAS.

PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur,*

EM. CHARLES.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- AHLFELD..... *Die Entstehung der Stirn und Gesichtslagen.*  
— Leipsig (1873).
- BAUDELLOCQUE..... *Art des accouchements* (1875).
- BELLUZZI..... Contributo allo studio del parto per la fronte. —  
*Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.* — Serie IV, t. VI.
- BOUCHACOURT..... Art. Dystorie. — *Dict. encyclopédique des Sciences médicales* (1885).
- BUDIN..... *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.* — Paris (1876).
- CHAILLY-HONORÉ..... *Traité pratique de l'art des accouchements*  
(1842, p. 429).
- CHIARLÉONI..... Dystocia meccanica foetale per presentazione del  
fronte. — *Annali di ostetricia* (1884).
- CHARPENTIER..... *Traité pratique de l'art des accouchements*  
(1883).
- DELORE..... *Traité pratique de l'art des accouchements*  
(1883).
- DEPAUL.. ..... *Leçon de clinique obstétricale.*
- DESORMEAUX..... Article Levier du dictionnaire en 30 volumes.
- DUNCAN..... *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.* — Traduction de Budin. — Paris (1876).
- FABBRI..... De l'usage rationnel du levier dans l'art des accouchements. — Bologne, 1863, traduction française par Tardens, *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles* (1869).

- FRITSCH..... *Klinik der Geburts hülftichen operationen.* — Halle (1876).
- GUILLEMEAU..... *Œuvres.* — Livre de la génération (1609).
- HEINRICIUS..... Om. Pannlagen och Pannforlassingar. Akademisk Afhandling (1883). — *Archives de tocologie* (août 1884).
- HECHER..... *Klinik der Geburtshende.* — Leipzig (1861), p. 67.
- HELLY..... *Über Stirnlagen.* — *Medizin Fahrbüchen.* — *Zeilschr. der Gesellschaft der Aerzten in Wien* (1861).
- JAQUEMIER..... Art. levier du *Dictionnaire de Dechambre.*
- LACHAPELLE M<sup>me</sup>..... *Pratique des accouchements* (1821).
- MANGIAGALLI..... Il parto per il fronte. — *Annali di ostetricia* (nov. et déc. 1880), et il parto per la fronte. — *Istituto ostetrico di Catania.* — *Annali di ostetricia* (1884).
- MORICEAU..... *Traité des maladies des femmes grosses* (1740).
- NÆGELE et GRENSER.. *Traité d'accouchements* (1869)
- NEGRI..... *Qualche considerazioni intorno al parto per il fronte.* — *Annali di ostetricia* (1882).
- PLAYFAIR..... *Traité d'accouchements*, traduit par Vermeil.
- POULLET..... Description d'un nouveau forceps. — *Archives de tocologie* (août 1884).
- SABATIER..... *De la descente dans les bassins normaux.* — Thèse; Lyon (1881).
- SCHROEDER..... *Manuel d'accouchements.*
- SPATH..... *Ehrfabrungen über Slienlagen.* — *Æstreich, Zeischr. für pract.*
- STOLTZ..... Art. Dystocie. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*
- TARNIER..... *Traité de l'art des accouchements.*



